

# **Tampereen päihdepalvelu ja kotipalvelu ikääntyneiden ja kotihoidon työntekijöiden kokemana**

JARNO PUUSTINEN

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2015

# TAMPEREEN YLIOPISTO

## Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

PUUSTINEN, JARNO: Tampereen päihdepalvelu ja kotipalvelu ikääntyneiden ja kotihoidon työntekijöiden kokemana.

Pro gradu –tutkielma, 130s., 7 liitesivua

Ohjaaja: Ritva Nätkin

Sosiaalipolitiikka

Toukokuu 2015

---

Tutkimuksessa tarkastellaan Tampereen päihdepalvelua ja kotipalvelua ikääntyneiden ja kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisena alkoholia käyttävät ikäihmiset pitävät toimintakykyään ja millaiseksi kotipalvelu arvioi toimintakyvyn sekä minkälaista on kotipalvelu ikäihmisten luona. Lisäksi tutkimus selvittää millaisia kokemuksia ikäihmisillä ja kotihoidon työntekijöillä on päihdepalveluista. Tutkimus on yhdistelmä etnografiaa ja fenomenologiaa, joihin teoreettinen viitekehys tukeutuu. Tutkimuksen aineistona on seitsemän ikääntyneen alkoholiongelmaisen kotihoidon asiakkaan teemahaastattelu. Lisäksi aineisto koostuu viiden kotihoidon työntekijän teemahaastattelusta. Aineiston toisen osan muodostavat havainnot ja niistä tehty kenttämuistiinpanot. Tutkimuksen taustoittavana materiaalina ja ohjeistuksena ovat Tampereen ikäihmisten palvelujen strategia 2009, Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti vuodelta 2009 ja Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012. Haastatteluin kerätty aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Ikääntyneiden toimintakyky muodostuu fyysisestä-, psyykkisestä- ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Näistä yhden tekijän horjuminen vaikuttaa muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Liikuntakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa liikkumista ja vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin yksinäisyyden kokeamisen kautta. Sosiaalinen toimintakyky heikkenee myös liikuntakyvyn huononemisen takia. Kotihoidon työntekijät pitävät ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä alkoholin käytön takia huolestuttavana, sillä se johtaa esimerkiksi kaatuiluun.

Ikääntyneet luottavat yleisesti ottaen kotipalveluun, mutta negatiivisina asioina pidetään työntekijöiden jatkuvaa vaihtumista ja työntekijöiden nuorta ikää. Erityisesti ikä koetaan kynnyskysymykseksi keskustella päihdeongelmista. Työntekijät ovat huolissaan väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisen ohjeiden puuttumattomuudesta. Huolta aiheuttaa myös vastuukysymys humalassa olevaa autettaessa. Ikääntyneet näkevät päihdepalveluihin pääsemisen hankalaksi, erityisesti matalalla kynnyksellä. Työntekijät pitävät ongelmallisena päihdepalveluihin pääsemisen vaikeuden, jos toimintakyky on heikentynyt. Ongelmallisena näyttäytyy myös jatkokuntoutukseen pääseminen ilman hoitojakson katkeamista ja pitkää odotusaikaa. Tutkimuksen perusteella tulevaisuudessa on odotettavissa isoja ongelmia, kun ”märkä sukupolvi” jää eläkkeelle. Alkoholin käyttö kasvaa todennäköisesti korkeisiin lukuihin tuoden lisää haastetta päihdepalvelujärjestelmälle, joka nykyisessä muodossaan ja resursseissaan on vaikeuksissa eikä kestä lisäkuormitusta.

Asiasanat: ikääntyneet, kotihoidon työntekijät, toimintakyky, kotipalvelu, päihdeongelma, päihdepalvelut

PUUSTINEN, JARNO: Tampere Substance Abuse Services and Home Care Service  
– The Elderly and Home Care Workers Experienced

Master's Thesis 130 pages, 7 appendices

Supervisor: Ritva Nätkin

Social Policy

May 2015

---

This study examines Tampere substance abuse services and home care from the perspective of the elderly and home care workers. The purpose of the study is to find out how older people use alcohol and keep their capacity for performance up and what kind of estimates of disability home care see for the older people at home. What is home care like with the elderly? In addition, the research finds out what kind of experiences the elderly and home care workers have on substance abuse services. The study is a combination of Ethnography and Phenomenology, which is based on the theoretical framework. The research material has seven theme interviews of elderly home care client. In addition, the study consists of five theme interviews with home care workers. The second part of the material consists of the observations and field notes. The background of the research, material and guidance is the Tampere strategy for older people's services in 2009, substance abuse and mental health modern report for the elderly in 2009, and the City of Tampere substance abuse policy plan for 2009-2012. The data collected by interviews is analyzed by inductive content.

Functional performance of older people is formed by physical, mental and social performance. Unsteadiness of one factor affects other performance areas. Deterioration is the result when movement becomes more difficult. This affects the mental well-being through loneliness. Social performance also decreases due to mobility degradation. The physical deterioration of the elderly is due to the increased use of alcohol. Home care workers are increasingly worried as it can lead for example to falls.

Older people generally rely on domestic service. Negative matters is the constant change of workers and the young age of employees. In particular the age is considered to be the main issue when talking about substance abuse problems. Employees are concerned about the lack of customer instructions when encountering a violent customer. The question of responsibility in helping the drunk also causes concern. Older people see it difficult reaching for substance abuse services. Especially in a low threshold. It is difficult and problematic to get substance abuse services according to employees, if the performance is deteriorated. Entering follow-up rehabilitation without interruption of treatment and long waiting time appears to be a problem. Based on the research there are big problems expected in the future when the "wet generation" retires. The use of alcohol is likely to grow to high numbers. Bringing additional challenges for the substance service structure. Which in its current form with the lack of resources is in trouble and can not stand the additional load.

Keywords: older people, home care workers, functional performance, home service, substance abuse problem, substance abuse services

# SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto.....	1
2 Suomalaisten juomatavat.....	5
2.1 Alkoholikulttuurin historiaa.....	5
2.2 Juomatapatutkimukset.....	8
3 Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö .....	14
3.1 Ikääntyvä –termin määrittely .....	14
3.2 Ikääntyminen ja toimintakyky .....	15
3.3 Suuret ikäluokat ja ikääntyvien juomatavat .....	18
3.4 Kotipalvelu ja alkoholia käyttävät Tampereen kaupungissa .....	22
3.4.1 Kotipalvelu.....	22
3.4.2 Ikääntyneille suunnatut päihdepalvelut.....	26
4 Tutkimuksen toteutus .....	30
4.1 Tutkimustehtävä .....	31
4.2 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen metodologia .....	32
4.2.1 Aineisto .....	32
4.2.2 Teemahaastattelu .....	33
4.2.3 Havainnointi .....	37
4.2.4 Etnografia .....	40
4.2.5 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa .....	42
4.2.6 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka .....	44
4.3 Analyysimenetelmät.....	47
4.3.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	47
4.3.2 Teemoittelu ja tyypittely .....	52
5 Ikäihmisten muuttuva alkoholikäyttö .....	53
5.1 Perhe ja verkostot .....	54
5.2 Alkoholin merkitykset.....	59
6 Päihdepalveluiden käyttö.....	71
6.1 Palveluiden piiriin pääsyn kriteerit.....	72
6.2 Asiakkaana päihdehoitopaikoissa .....	77
6.3 Toiminnallisuus.....	79
6.4 Katse tulevaisuuteen .....	84

7 Kotihoidon työkuluttuuri.....	89
7.1 Suhtautuminen asiakkaiden päihteiden käyttöön .....	90
7.2 Kohtaamisen vaikeus ja helppous .....	93
7.3 Ammattikuluttuuri ja työkäytännöt muutoksessa .....	96
8 Yhteenveto ja johtopäätökset.....	103
Lähteet .....	112
Liitteet .....	131

## Kuviot

Kuvio 1. Alkoholia vähintään kerran viikossa juovien ikäryhmittäiset osuudet (%) vuodesta 1985 vuoteen 2007.....	19
Kuvio 2. Alkoholin käytön puhetavat.....	69
Kuvio 3. Puhetavat liittyen alkoholin käytön jatkumiseen tulevaisuudessa.....	88
Kuvio 4. Asiakkaan olotilan vaikutus työntekijän työtyyliin.....	97

## Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki pelkistyksistä.....	50
Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta.....	51
Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta.....	51

## Liitteet

Liite 1. Esittelykirje.....	131
Liite 2. Haastatteluun suostuminen.....	133
Liite 3. Haastatteluteemat kotihoidon ikääntyneet asiakkaat.....	134
Liite 4. Haastatteluteemat kotihoidon työntekijät.....	135
Liite 5. Kotihoidon palvelujen kriteerit.....	137
Liite 6. Päihdepalvelujärjestelmä.....	139
Liite 7. Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmä.....	140

# 1 Johdanto

Jos voisimme katsoa kauas ajassa taakse, niin löytäisimme ihmisen etsimässä luonnosta aineita, jotka rentouttavat, tuottavat mielihyvän tunnetta ja poistavat kipua tai pahaa oloa. Vuosien saatossa näitä aineita on opittu valmistamaan myös kemiallisesti. Joitakin näistä luonnosta saatavista sekä kemiallisesti tehdyistä aineista kutsutaan päihteiksi. (Kettunen & Ihalainen & Heikkinen 2001, 152.)

Päihteiksi luetaan alkoholi, lääkkeet ja huumeet. Sama aine voi olla huume tai lääke, riippuen olosuhteista, missä sitä käytetään. Lääkkeen kontrolloimaton käyttö tekee siitä huumeen ja resepti tekee lääkkeestä laillisen. Huumeet on konstruoitu ongelmaksi sodan jälkeen ja erityisesti 1970-luvulla. Alkoholinkäyttö voidaan jakaa kohtuukäyttöön (within limits), suurkulutukseen (riskikäyttö) ja alkoholismiin (tunnustuksellinen ongelma esim. AA-kerho). Alkoholinkäytöstä tulee sosiaalinen ongelma, kun se konstruoidaan julkisesti. Erilaiset toimijat, kuten viranomaiset, kansalaisliikkeet tai tiedotusvälineet voivat nostaa esiin ongelmia ja vaativat toimenpiteitä niiden ratkaisemiseksi. He tekevät näkyväksi monia kansalaisiamme uhkaavia riskejä ja konstruoivat niistä sosiaalisia ongelmia. Sosiaaliset ongelmat ovat aina paikkaan ja aikaan sidottuja, sillä ne heijastelevat yhteiskunnallista tilaa ja sen vaikutusta yksilöihin. Sosiaaliset ongelmat edellyttävät aina yhteiskunnallista puuttumista ja kansalaisten hyvinvoinnista huolehtimisesta. (Nätkin 2007.)

Suomea voidaan pitää maana, johon kuuluu ”pohjoinen” alkoholikulttuuri. Tähän yhdistetään usein humalahakuinen juominen. Suomalaiset kuluttavat nykyisin keskimäärin yli 10 litraa puhdasta alkoholia vuodessa jokaista yli 15-vuotiasta kohden. Myös ikääntyvät ja ikääntyneet osallistuvat enenevässä määrin tähän kulutukseen, sillä raittiiden määrä on eläkeikäisten ikäryhmissä vuosi vuodelta vähentynyt. (Haarni & Viljanen & Alanko 2007, 7.) Suomalaisen juomatapoja on tutkittu vuodesta 1968 lähtien. Juomatapatutkimuksella on tarkoitus kerätä tietoa suomalaisten alkoholinkäytöstä ja käytön seurauksista sekä alkoholiin liittyvistä asenteista. Tutkimukset ovat toteutettu käyntihaastatteluin kahdeksan vuoden välein. Kaikissa tutkimuksissa on haastateltu 15–69-vuotiaita ja haastattelukysymykset ovat pysyneet pääosin samanlaisina.

Simpuran (1985, 14) mukaan vuosien 1968, 1976 ja 1984 tutkimusaineistoista puuttuvat tiedot alle 15-vuotiaiden sekä yli 69-vuotiaiden juomatavoista. Tuolloin voitiin olettaa, että raittiiden osuus on niissä suuri ja alkoholinkäyttäjien kulutustaso alhainen. Vuoden 2008 tutkimuksessa on tutkittu vielä 15–69-vuotiaiden juomatapoja. Tämä on eriskummallista, koska tiedetään, että alkoholinkäyttäjää

on myös yli 69-vuotiaissa ja ikääntyneiden alkoholiongelmien kasvamassa. Haarni, Viljanen ja Alanko (2007, 7) korostavat, että pitkäaikaisen seurannan tuloksena voidaan olettaa tulevien sukupolvien alkoholikäyttötapojen olevan erilaisia kuin nykyisten ikäihmisten. Alkoholiongelmista on tullut arkipäivää vanhustenhuollossa, ja päihdeongelmien nähdään kertyvän moniongelmaisille ikääntyneille. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on siis selkeästi lisääntynyt ja nykyisen keski-ikäisen väestön vanhetessa tämä tulee vielä kasvamaan. (Haarni & Viljanen & Alanko 2007, 7.) Tästä seuraa sosiaali- ja terveystalouden kuormittuminen sekä lisäkustannuksia kunnille ja valtiolle. Tämän vuoksi aihe on ajankohtainen yhteiskunnallisesti ja sosiaalipoliittisesti. Tulevaisuudessa ikääntyneiden päihdeongelmien tulevat lisääntymään ja todennäköisesti monimuotoistumaan. Monimuotoistumisella tarkoitetaan tässä kohtaa päihteiden sekakäyttöä ja alkoholista johtuvaa dementiaa. Nämä ovat omiaan lisäämään vaikeahoitoisuutta ja tuovat erityishaastetta esimerkiksi kotihoidon työntekijöille. Lisääntyneen päihteiden käytön ja vaikeahoitoisuuden myötä on syytä miettiä, miten jo olemassa olevilla päihdepalveluilla on mahdollisuus kantaa vastuuta tästä kehityksestä.

Pekka Saarnio (2009, 25) ihmettelee Suomessa päihdeongelmien hoidosta tehtyjen tutkimusten vähyyttä, sillä aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä. Vajavainen tutkimusperinne näkyy esimerkiksi siinä, että hyviä tutkijoita ja hoitoyksiköitä on niukalti ja nykyistä tutkimustietoa on hankalaa hyödyntää. Matti Mäkelä, Jarmo Nieminen ja Sinikka Törmä (2005, 1, 14-15) ovat tutkineet minkälaisia palveluihin hakeutumisen ja palvelujen saamisen esteitä päihdeongelmaiset kokevat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimuksessa on selvinnyt, että päihdepalveluissa on valikoivuutta ja palvelujen saaminen on muuttunut hankalaksi. Toisin sanoen palveluita ei ole kaikille päihdeongelmaisille tarjolla. Eritoten katkaisu- ja vieroitushoidon saatavuutta ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksia akuuttiaivun tarjoamiseen pitäisi lisätä. Työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa tulisi kehittää, jotta päihdeasiakkaiden auttaminen sekä palveluiden laatu vahvistuisivat.

Merja Tepponen (2009, 1, 190-199) toteaa tutkimuksessaan, että ongelmia on havaittu kuntien tavassa järjestää kotihoito. Ongelmia aiheuttaa myös palvelujen hajanaisuus. Asiakkaalla voi olla useita eri työntekijöitä monesta eri yrityksestä, jotka hoitavat ja palvelevat asiakasta. Tämä voi johtaa koordinoimattomiin aukkoihin, joista asiakkaalle aiheutuu haittaa esimerkiksi niin, että monet työntekijät käyvät saman päivän aikana ja loput kuusi päivää asiakas joutuu olemaan ilman palveluita. Ikääntyneitä kotihoidon asiakkaita pitää tukea kotona selviytymisessä auttamalla elämänlaadun ylläpitämisessä ja jäljellä olevien voimavarojen vahvistamisessa.

Sini Elorannan (2009, 6) väitöstutkimuksen mukaan ikääntyneet kotihoidon asiakkaat saavat voimavaroja elämänhallinnan tunteesta ja toimintatahdon säilymisestä. Arjessa jaksamisessa auttoivat

harrastukset ja sosiaalinen verkosto, mutta terveydentilan heikentyminen ja yksinäisyys toi haasteita jaksamiseen. Kotihoidon työntekijöiden toiminta ja asiakkaiden odotukset olivat ristiriidassa keskenään ja näin ollen ei aina tukenut asiakkaiden voimavaroja. Tutkimuksen johtopäätöksenä on kotihoidon kehittämisen tarpeet asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuuden vahvistamisessa ja työntekijöiden vastuun selkiyttämisessä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksia Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmästä ja sen toimivuudesta. Tämän lisäksi selvitetään millaista on kotipalvelu ikääntyneiden luona. Kolmantena tutkittavana asiana on ikääntyneiden toimintakyky ja millaisena he sen itse näkevät sekä millaiseksi kotipalvelu sen arvioi. Toimintakyvyllä tarkoitetaan itsenäistä selviämistä päivittäisistä toiminnoista (Niemelä 2007, 169). Jyrkämä (2008, 190-203) puhuu toimintakyvyn näkökulman siirtämistä kohti toimijuutta. Tällöin painopiste muuttuisi huomion fokusointia koettuun toimintakykyyn ja arkielämässä toteutuvaan toimijuuteen. Toimintakykyyn liittyy olennaisesti myös pieni toimijuus, jolla tarkoitetaan arkipäiväisen toiminnon toistamista yhtäjaksoisesti (Honkasalo 2004, 78-80).

Tutkimuksen aineisto on hankittu haastattelemalla Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijöitä ja ikääntyneitä kotihoidon asiakkaita, joilla työntekijät ovat havainneet riskirajat ylittävää alkoholin käyttöä. 65 vuotta täyttäneiden riskiraja on enintään 7 alkoholiannosta viikossa ja enintään 2 annosta kerralla (STM 2006, 4). Näiden lisäksi aineistoa on hankittu havainnoimalla eli etnografian keinoin. Wall (2008, 38-39) puhuu autoetnografiasta, jossa tutkija kirjoittaa omista kokemuksistaan ja tuo samalla mukaan omaa ajatteluaan. Autoetnografia on eläytyvä menetelmä, jossa käytetään omia havaintoja ja tuntemuksia tutkimusinstrumentteina. Autoetnografian tukena on tässä tutkimuksessa käytetty kenttäpäiväkirjaa, josta on otettu otteita analyysiosioon. Fenomenologinen näkökulma tulee esiin kotihoidon työntekijöiden ammattikulttuurin tutkimisessa.

Tutkimuksen taustoittavana materiaalina ja ohjeistuksena ovat Tampereen ikäihmisten palvelujen strategia 2009, Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti vuodelta 2009 ja Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009–2012. Tampereen ikäihmisten palvelujen strategiassa (2009, 3) on selvitetty sitä, miten kaupunki aikoo järjestää ikäihmisten palvelut valtuustokaudella 2009–2012. Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti vuodelta 2009 kokoaa yhteen hankkeen, joka alkoi vuonna 2007. Hankkeessa kehitettiin jalkautuvaa päihde- ja mielenterveystyöparimallia. Ikääntyneiden parissa toimivan henkilökunnan päihde- ja mielenterveystyön osaamista parannettiin varhaisvaiheen päihdetyöhön ja mielenterveystyöhön kohdennetuilla koulutuksilla. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hank-



keen loppuraportti 2009, 3.) Tampereen kaupungin päihdepoliittisen suunnitelman 2009–2012 keskeisenä tavoitteena on ehkäistä päihteiden käyttöä ja vähentää niiden aiheuttamia haittoja vuoden 2008 tasosta. Palvelujärjestelmän on vastattava päihdepalvelujen laatusuosituksia sekä ottaa huomioon kansallisissa sosiaali- ja terveysohjelmissa esiintyvät päihdehuollon suositukset. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on parantaa terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihteettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmiön ymmärrystä ja hallintaa. Kuntatalouden heikentynyt tilanne heijastuu päihdepalveluiden tehostamisen vaatimuksena. Tavoitteeksi on asetettu siirtyminen perinteisestä laitosvaltaisesta päihdekuntoutuksesta lähellä kotia annettaviin avopalveluihin. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009–2012, 3.)

Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmää ja sen mahdollisia heikkouksia ja vahvuuksia ei juuri ole tutkittu laadullisin tutkimusmenetelmin. Kyseessä on selvä tutkimuksellinen aukko, jota pyrin paikkaamaan. Tutkimuksella saadaan ensiarvoisen tärkeää tietoa päihdepalveluista niitä käyttäneiltä ikääntyneiltä asiakkailta ja työntekijöiltä, joilla on työnsä kautta kosketuspintaa kyseisiin palveluihin. Kotihoidosta ja sen sisällöstä saatu tutkimustieto on myös arvokasta kotihoidon kehittämisen kannalta.

Tutkielma rakentuu seuraavanlaisesti: johdannon jälkeen tarkastellaan suomalaisten kulttuurisia juomatapoja käymällä läpi alkoholikulttuurin historiaa ja juomatapatutkimuksia sekä tutkimuksissa mahdollisesti esiintyviä katvealueita. Kolmannessa luvussa käsitellään ikääntymistä ja alkoholin käyttöä. Kolmannen luvun viimeisessä alaluvussa tarkastellaan kotipalvelua ja alkoholia käyttäviä Tampereen kaupungissa. Neljännessä luvussa paneudutaan perusteellisesti tutkimuksen toteutukseen. Luvut 5-7 ovat analyysilukuja. Luvussa viisi esitellään ikäihmisten muuttuva alkoholikäyttö ja siihen liittyen perhe ja verkostot sekä alkoholin merkitykset. Luvussa kuusi käydään läpi päihdepalveluiden käyttöä, tutustutaan palveluiden piiriin pääsyn kriteereihin, asiakkaana päihdehoitopaikoissa ja toiminnallisuus sekä katse tulevaisuuteen alalukuihin. Viimeinen analyysiluku eli seitsemän kattaa kotihoidon työkulttuurin, joka jakautuu seuraaviin alalukuihin; suhtautuminen asiakkaiden päihteiden käyttöön, kohtaamisen vaikeus ja helppous, ammattikulttuuri ja työkäytännöt muutoksessa. Viimeisessä luvussa kootaan ja esitetään tutkimuksen tulokset lyhykäisyydessään ja käydään pohdintaa tutkimuksen lähtökohtien pohjalta.

## 2 Suomalaisen juomatavat

Luvussa 2 tutustutaan historian kautta suomalaisiin juomatapoihin ja miten ne ovat muodostuneet. Tämä luku pitää sisällään alaluvun alkoholikulttuurin historiaa ja juomatapatutkimukset. Alkoholikulttuurin historiaa luvussa käännellään vähän historian lehtiä, aina 1800-luvulle saakka. Käydään läpi tärkeimmät tapahtumat lähes tähän päivään saakka. Juomatapatutkimuksia on tehty 1960-luvulta lähtien ja viimeisin vuosi, joka otetaan mukaan tähän tutkielmaan on 2008. Mistä juomatapatutkimuksissa on kyse? Siihen saadaan vastaus alaluvussa 2.2.

### 2.1 Alkoholikulttuurin historiaa

Viina ja olut eivät olleet 1800-luvun suomalaisissa talouksissa kaikkien aikuisten arkijuomaa. Viinaa ja olutta käytettiin monenlaisiin ravinto- ja virkistyskäyttöön. Alkoholijuomista saatiin lisäenergiaa, jota tarvittiin fyysisesti raskaissa töissä (esimerkiksi lannan levitys ja rakennustyöt). Matkustaminen koettiin noihin aikoihin raskaaksi ja eniten matkustettiin talvisin. Viinaa pidettiin välttämättömänä lämmikkeenä ja alkoholin anniskelu oli osa majatalojen ja keikievereiden toimintaa. Raskaimmat työt ja matkustaminen kuuluivat miehille. Naiset tarvitsivat lisäenergiaa synnyttäessään lasta ja toipuessaan synnytyksestä. Paloviinalla lievitettiin synnytyskipuja ja olut vahvisti synnyttänyttä äitiä lisäten hänen maidoneritystään. Viinan katsottiin olevan eräänlainen lääke kaikille sairaille sukupuolesta riippumatta, koska sen uskottiin vahvistavan sairasta. (Apo 2001, 371.)

Alkoholijuomia on pidetty aina myös nautintoaineina, psykofyysisen mielihyvän tuottajina. Oikeus alkoholijuomaan ja humalaan piti kuitenkin ansaita tekemällä työtä sopiva määrä ja riittävän hyvin. Olut ja viina eivät kuitenkaan olleet kaikkien tuottavaa työtä tekevien ulottuvilla, varsinkaan köyhimpien. Kaikilla ihmisillä ei muutenkaan ollut oikeuksia nauttia arvojuomista, sillä patriarkaalinen vallankäyttö rajoitti naisten, nuorten ja vanhusten sekä palkollisten oikeuksia alkoholin nauttimiseen. Tästä seurasi, että alkoholijuomien ja humalan sosiaalinen arvo nousi korkealle. (mts., 371–373.)

1800-luvulla nähtiin päihteiden, erityisesti alkoholin, aiheuttamat ongelmat vakavina. Tuolloin ongelmaan puuttuminen oli kansalaisyhteiskunnallisten toimijoiden vastuulla. Keinona käytettiin esimerkiksi Raittiuden ystävät ry:n tekemää kansanvalistustyötä, jonka ihanteena oli raitis ja terve kansa. Pelotteena oli kertomus Turmiolan Tommista, jossa isällä on alkoholiongelma ja se johtaa

lopulta kuolemaan. Silloin uskottiin, että päihdeongelmaan kansallisella tasolla pystyttäisiin vaikuttamaan valistuksen keinoin: jakamalla kirjallista materiaalia ja pitämällä valistustilaisuuksia. Raittiusliikkeestä muodostui merkittävä järjestäytymiskanava työväestölle ja päihdeongelmasta politiikan tekemisen väline. (Toikko 2005, 60–63.)

Suomalaisten alkoholinkulutus oli 1900-luvun alussa poikkeuksellisen vähäistä. Tämä johtui tiukasta alkoholipolitiikasta ja kielteisestä asenneilmapiiristä. Raittius nähtiin keskeisenä tekijänä kansan elinolojen kohentamisessa ja erityisesti raittiusliike muovasi yleistä ilmapiiriä kieltolaille suotuisaan suuntaan. Alkoholien käyttö kiellettiin kieltolain 1919–1932 aikana. Kieltolain aikana alkoholien nauttiminen laillisesti oli mahdollista vain kirkon ehtoollisella tai reseptilääkkeenä. Kieltolakia rikottiin kuitenkin yleisesti ja alkoholin myynti jatkui entiseen tapaan ravintoloissa ja kahviloissa. (Rasinaho 2006, 17–21.)

Vuodet 1932–1969 olivat varsin ankaraa ja holhoavaa alkoholipoliittisen linjan aikaa. Noita vuosia voikin nimittää ryhtiliikkeiden ajaksi. Alkoholien myynti ja anniskelu olivat erittäin tarkkaan määritettyjä. Alkoholien myynnistä vastasi valtion omistama Alkoholiliike, joka perustettiin vuonna 1932 (Tigerstedt & Törrönen 2005, 43). Alkoholien myyntiin Alkoholiliikkeessä, niin että pullojen etikettien tuli olla piilossa, jotta ne eivät houkuttelisi asiakkaita ostoksille. Pääosa väestöstä hyväksyi noudatetun karun alkoholipoliittisen linjan. (Peltonen 2006, 9.) Ne suomalaiset, jotka suhtautuivat alkoholiin väljemmin, reagoivat tiukkaan kontrolliin erilaisin tavoin: näitä olivat salapoltto, salakuljetus, juomien laitton välittäminen, korvikkeiden käyttäminen sekä kapinallinen viinahuumori. Keskeiseksi juomisen merkitykseksi nousi ”herrojen” ja muiden kontrolloijien uhmaaminen. (Apo 2001, 389.)

Alkoholien kulutus pysyi varsin alhaisena aina 1960-luvulle saakka. Maaseudulla kulutettiin vähiten alkoholia, koska siellä ei ollut Alkoholiliikkeen myymälöitä eikä anniskeluoikeuksin varustettuja ravintoloita. (Peltonen 2006, 9.) Vuodet 1866–1968 olivat hyvin alhaisen alkoholikulutuksen aikaa ja puhuttiin ”kuivasta Suomesta”. Tuolloin miehet joutuivat useissa tilanteissa juomaan salaa, piilossa naisväeltä tai virallisilta järjestyksenvalvojilta. (Apo 2001, 378.) 1960-luvulle saakka valtiollinen alkoholimonopoli rajoitti alkoholin saatavuutta koko väestön keskuudessa. Tämän lisäksi kohdistettiin erilaisia keinoja työväenluokkaan, jonka katsottiin edustavan räyhäävää juomatapaa. Keinoja kohdistettiin myös naisiin ja maaseudun asukkaisiin. Juomisen katsottiin olevan epäsovelias naisille ja maaseudun asukkaiden nähtiin symboloivan yhteiskunnan puhtautta. (Tigerstedt & Törrönen 2005, 43.)

Sotien jälkeiseen alkoholipolitiikkaan liitettiin valtiollinen tapakasvatus, joka sisältyi ostajataarkkailuksi kutsuttuun alkoholipoliittiseen järjestelmään. Jokainen alkoholin ostoaikeissa oleva velvoitettiin rekisteröitymään lähimmän Alkoholiliikkeen myymälän asiakkaaksi. Asiakasta saatettiin puhutella ja opastaa alkoholin käyttötapoihin, mikäli Alkon henkilökunta ei ollut tyytyväinen asiakkaan käytökseen. Jos nämä toimenpiteet eivät auttaneet, niin asiakkaalta saatettiin ottaa pois asiointiin oikeuttava ”viinakortti”. Ryhtiliikkeiden aikana alkoholikulttuuriin liittyi myös tietoisuus sosiaalisesta hierarkiasta. Esimerkiksi alkoholioloja tutkiva yhteiskuntatieteilijä Pekka Kuusi oli sitä mieltä, että ylempi kansankerros osasi käyttää alkoholia kohtuudella. Ylemmät sosiaaliryhmät käyttivät alkoholia tapakulttuurin mukaan seurustellessaan. Ongelmaksi nähtiin työväestö ja alemmat sosiaaliryhmät, joiden tapakulttuurissa oli parannettavaa. Alemmissa sosiaaliryhmissä käytettiin alkoholia ”juomaringeissä”, joiden tarkoituksena oli vain juominen. Yhteiskuntatieteellisen alkoholitutkimuksen tulokset pysyivätkin kauan suhteellisen vaatimattomina. (Peltonen 2006, 10–11.)

1900-luvun kolmas alkoholikulttuurin kausi alkoi vuonna 1969, jolloin keskiolut ”vapautui”. Alkoholipolitiikan liberalisointi muutti 1800-luvun alkupuolelta asti vallinnutta noin 2 litran keskimääräistä alkoholin vuosikulutusta, niin että kulutus alkoi kasvaa merkittävästi. Maaseudun ”kuivuus” murtui, kun sinne sai nyt perustaa ravitsemusliikkeitä ja Alkon myymälöitä. Keskiolutta alettiin myydä myös maaseudun elintarvikekaupoissa ja baareissa. Näiden tapahtumien jälkeen raittiusliike lamaantui. Olut ja viini edustivat vapautta ja uudenlaista elämäntapaa. 1960-luvun alkoholipolitiikalla oli kauaskantoisia seurauksia, etenkin keskioluen vapautus muutti alkoholikulttuurisen suunnan. Noina aikoina eläneelle nuoremmille sukupolville alkoholin merkitys on ollut merkittävä. Alkoholi nähtiin modernin elämän ja vapauden symbolina (mts. 11–13.) Nuorempien sukupolvien alkoholinkäyttö nousi korkeammalle tasolle, kuin minkään muun aiemman sukupolven. Näitä, noin 1945–1954 syntyneitä, on kutsuttu ”määräksi sukupolveksi”. (Sulkunen 1980.)

Keskiolutkausi miedonsi alkoholin kulutuksen. Vanha viinamaa muuttui oluen myötä moderniksi alkoholikulttuuriksi. Suomalaiset nauttivat alkoholinsa pääosin oluena, siiderinä ja viininä. Alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut rakennemuutoksen myötä. 1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla kulutettiin noin 2 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohden, kun vuoteen 2005 mennessä vuosikulutus on kasvanut siihen nähden viisinkertaiseksi. Muualla Euroopassa alkoholin kulutus on laskenut, etenkin vanhoissa viinimaissa. Aiemmin Suomea on pidetty yhtenä Euroopan raittiimmista kansakunnista, mutta nyt tilanne on päinvastainen. (Peltonen 2006, 12–13.)

Suomen alkoholipoliittisen järjestelmän perustana on edelleen valtiollinen alkoholijuomien vähittäismyyntin monopoli. Valtio valvoo myös muuta alkoholinmyyntiä ja anniskelua. Valtiovalta te-

kee alkoholia koskevat päätökset, niin että verotulojen turvaaminen on niiden keskiössä. Alkoholi-veroa alennettiin vuonna 2004. Tämä muutti alkoholin kulutusta vapaampaan suuntaan. Veroalennuksen myötä kokonaiskulutus kasvoi, kun veroalennus kohdentui sekä väkeviin alkoholijuomiin että olueen. (mts. 12–13.)

## 2.2 Juomatapatutkimukset

Vuonna 1985 julkaistiin tutkimus suomalaisten juomatavoista vuosina 1968, 1976 ja 1984. Tutkimusvuodet jaettiin kahteen toisistaan erottuvaan kahdeksanvuotiskauteen: vuoden 1969 alussa tuli voimaan alkoholilain uudistus, josta seurasi nopea kulutuskasvun jakso ja 1970-luvun puolivälistä 1980-luvun puoliväliin ulottuva ennallaan pysynyt alkoholinkulutuksen jakso. Suomalaisille juomatavoille tunnusomaiset piirteet, kuten kulutuksen rakenteen kasautuminen pienelle paljon kuluttavalle joukolle sekä humalakulutuksen suuri osuus ovat säilyneet koko kuudentoista vuoden ajan muuttumattomana. Selviä muutoksia on havaittavissa raittiiden osuudessa väestössä, joka on ensin laskeutunut ja sitten noussut. Naisten alkoholikäyttö lisääntyi ensimmäisellä jaksolla, mutta ei toisella. Naisten ja miesten alkoholikäytökset ovat lähentyneet toisiaan. (Simpura & Partanen 1985, 206–207.)

Alkoholin kulutuksesta on sekä tilastoitua että tilastoimatonta tietoa. Tilastoimaton kulutus pysyi tasaisena ensimmäisen kahdeksanvuotiskauden aikana. Toisen jakson aikana se lisääntyi noin puolella. Vuonna 1984 tilastoimattoman kulutuksen osuus oli noin kymmenesosan alkoholin kokonaiskulutuksesta. Suurin osa eli noin 60 % tilastoimattomasta kulutuksesta on ulkomaan tuomisista ja noin 25 % laillista kotivalmistusta. Tilastoidun alkoholijuomien kulutus lisääntyi 120 prosenttia vuodesta 1968 vuoteen 1976. Suomalaiset joivat jo 6,31 litraa absoluuttista alkoholia asukasta kohti vuonna 1976. (Österberg 1985, 18–19, 207.)

Kulutuksen rakenne ja väestöryhmien väliset erot ovat pysyneet suurelta osin muuttumattomina. Humalakulutuksen osuus on suuri ja kulutus kasautuu pienelle ja paljon käyttävälle vähemmistölle. Humaltumiskokemukset ovat yleistyneet kaikissa käyttäjien ryhmissä. Keskikulutustiedot liioittelevat juomistapojen märkyyttä, sillä valtaosa alkoholin käyttäjistä ei yllä lähellekään keskimääräisiä kulutustasoja. (Simpura 1985, 208.)

Raittiiden osuus väestöstä väheni merkittävästi vuodesta 1968 vuoteen 1976, erityisesti naisten keskuudessa. Vuodesta 1976 vuoteen 1984 raittiiden osuus kasvoi, kun osa harvoin juoneista luopui kokonaan alkoholista. Raittius oli harvinaista 20–30-vuotiaiden keskuudessa, mutta raitistumista tapahtui iän mukana. Raittius liittyi hiljaiseen, kotikeskeiseen ja niukkojen resurssien varaan raken-

tuvaan elämäntapaan. Nähtävissä oli merkkejä myös toisenlaisesta elämäntavasta, jossa aktiivisuus ja ulospäin suuntautuneisuus yhdistyivät tietoiseen pidättäytymiseen alkoholin käytöstä. (Sulkunen 1985a, 52–53, 208.)

Tutkimuksen kuluessa nousi esiin eräitä keskeisiä näkökulmia, joiden kautta tuloksia voidaan pyrkiä ymmärtämään.

Alkoholin käyttöön liittyvät seikat voidaan ensinnäkin tulkita yksilöiden enemmän tai vähemmän pysyviksi ominaisuuksiksi, osaksi ihmisten elämisen tapaa, toiseksi niille voidaan antaa ihmisten elinoloihin ja elämäntilanteisiin ja niistä nouseviin tarpeisiin perustuvia funktionaalisia selityksiä, ja kolmanneksi niitä voidaan tarkastella kulttuurisina tosiasioina, alkoholin käytön kulttuurisina malleina. (Simpura & Partanen 1985, 210–211.)

Keskityn tässä tarkastelemaan kulttuurista näkökulmaa, joka kohdistaa huomion yhteiskunnan elämään ja ihmisten keskinäisiä suhteita määrittäviin normeihin ja käyttäytymismalleihin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltu kuudentoista vuoden ajanjakso on erityisen mielenkiintoinen suomalaisen yhteiskunnan kehityksessä. Maaltamuutto kaupunkeihin kiihtyi 1960-luvulla ja jatkui aina 1970-luvun puoliväliin. Kaupunkiasumisesta tuli suomalaisten vallitseva elämänmuoto. (mts. 210–211.)

Kulttuurilla ja kulttuurisilla tekijöillä voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia asioita alkoholia koskevissa tutkimuksissa. Niihin usein sisällytetään normit, funktiot ja alkoholiin liittyvät sosiaaliset merkitykset. Normit määrittävät, missä yhteyksissä ja millä tavoin alkoholia on sopivaa käyttää. Normeihin liitetään yleensä sanktioita, joiden avulla niitä voidaan pitää yllä. Niiden avulla voidaan tulkita myös ihmisen käyttäytymistä, sillä ihminen noudattaa normeja tai rikkoo niitä ilmaistessaan itseään. (mts. 214–215.)

Yhteiskunnassamme voi esiintyä rinnakkain erilaisia alkoholin käytön kulttuurisia malleja. Yksilöt voivat omaksua erilaisen mallin eri tilanteissa. Sanotaan, että on olemassa perinteinen suomalainen alkoholin käytön malli. Tähän malliin on yleensä katsottu kuuluvan kaksi merkittävää piirrettä: juomisen humalakeskeisyys ja moraalinen kaksijakoisuus suhteessa alkoholiin. Alkoholiin liitetään yleensä vahvoja myönteisiä tai kielteisiä arvolatauksia. (mts. 214–215.) ”Toisaalta on olemassa alkoholin käytön tuomitsevia, raittiutta ylistäviä kantoja, toisaalta taas suositaan kerralla nautittuja suuria alkoholimääriä ja pidetään juopumista ihanana tilana” (Allardt 1976, 13–20.) Tämän seurauksena käyttötilanteet asettuvat erilleen normaalista elämänmenosta ja alkoholi nousee niissä keskeiseksi asiaksi. Juomisen saa näin rituaalisia piirteitä. Miesten keskinäistä juomarinkiä voidaan pitää

perinteisen suomalaisen alkoholinkäytön kulttuurisena ilmentymänä. Juomaringissä käyttäytymistä sääntelevät tiukat normit: ”On miehekästä juoda paljon, näyttämättä kuitenkaan liiaksi humalaansa; seurassa ei saa juoda vähemmän kuin muut mutta on sallittua juoda enemmän” (Simpura & Partanen 1985, 215.).

Kulttuurinen malli virittää ja suuntaa alkoholiin liittyvät odotukset ja suhtautumiset. Alkoholi ja sen käyttö ovat vahvasti arvolutuneita ja näin ollen ehtymätön puheenaihe arkikeskusteluissa ja julkisuudessa. Suomalaisten juomatapatutkimus vuosilta 1968, 1976 ja 1984 tullaan kahteen yleiseen päätelmään. Moraalinen suhtautuminen alkoholiin on muuttunut siinä määrin, että siihen ei suhtauduta enää niin jyrkästi. Raittiuden merkitys elämäntapana ja aatteena on heikentynyt. Kohtuullinen alkoholin käyttö on nykyään hyväksyttävää ja sen katsotaan kuuluvan normaaliin elämänmenoon. Alkoholin käyttö on luonteva osa seurustelua ja perhe-elämää. Yhä useampi suomalainen ottaa alkoholia humaltuakseen ja humalaan viittaaminen alkoholinkäytön perusteluna on yleistymään päin myös naisten keskuudessa. (Simpura & Partanen 1985, 215–216.)

Perinteisen suomalaisen alkoholinkäytön kulttuurisen mallin mukaan on olemassa yhteisö, jossa juodaan verraten harvoin. Nopeaan kaupungistumiseen ja elinkeinorakenteen muutokseen liitetään alkoholinkäytön yleistymisen ja tihenemisen, niin syntyy ongelmia. Suomalaista humalaa voidaan kuvata uhmakkaaksi irrottautumiseksi arjesta ja kohottautumista sen yläpuolelle. Useimmilla suomalaisilla ihmisillä ei ole nykyisen elämäntavan mukaan kovin usein mahdollisuutta tähän. Koska alkoholia käytetään tiheämmin, myös tilanteissa joissa ei ole sopivaa humaltua, niin juomisen merkitys muuttuu. Juomisesta tulee asia, josta puuttuu iloa ja hohtoa. Voidaan sanoa, että humala arkistuu. Hohtoa saatetaan yrittää saada takaisin korostamalla juoman väkevyyttä ja kalleutta. Tällä tavalla alkoholi pysyy perinteisen kulttuurisen mallin mukaisesti keskeisenä ja tärkeänä asiana. (mts. 216.)

Tutkimustulokset osoittavat, että 1970-luvun puoliväliin tultaessa alkoholin kulutus pysähtyi ja suomalaisen alkoholikulttuurin kuva alkoi muuttua. Yksi muutoksista oli omasta juomisesta koetun huolen yleistymisen. Alkoholinkäyttöä haluttiin vähentää ja sitä perusteltiin alkoholinkäytön seurauksilla. Raittiiden kuukausien puolesta järjestettiin kampanjoita. Alkoholin kontrollipyrkimyksiä ei nähty luopumisena perinteisestä suomalaisesta alkoholinkäytön kulttuurisesta mallista. Kontrollipyrkimykset korostivat alkoholin erityisasemaa ja siihen liittyviä arvoja. Juomatapatutkimuksen tulokset eivät anna selkeää kuvaa siitä, onko erilaisille tarkoituksille ja ihmisten keskinäiselle kanssakäymisen muodoille alisteinen alkoholinkäyttö yleistynyt. Alkoholia nautitaan useimmiten oltaessa yhdessä perheen ja ystävien kanssa. Tuolloin humalan tavoittelemisen ei ole tärkein asia. Alko-

holinkäyttö koetaan helpottavan ihmissuhteita. Humaltuminen nähdään yleistyneen ja alkoholia ei käytetä aterioilla. Alkoholiin suhtautuminen näyttää edelleen yksilotteiselta. Ongelman ydin ei ole alkoholissa itsessään, vaan juomatapojen hallinta edellyttää ihmisten sosiaalisen elämän jäsentymistä ja hallintaa. (mts. 216–217.)

1980-luvun lopulla lehdistössä väitettiin, että Suomessa harjoitettu kontrolloiva alkoholipolitiikka (Alkoholi) oli syypää suomalaisten huonoon viinapäähän. Suomalaisille ei ollut suotu mahdollisuutta vapaasti opetella sivistyneitä ”eurooppalaisia” juomatapoja, vaan vuosikymmeniä yritetty sivistää ylhäältä päin kontrolloimalla ja ohjailemalla. (Mustonen & Mäkelä & Metso & Simpura 2001, 265) Tutkimukset ovat osoittaneet, että mitään yhtenäistä ”eurooppalaista” juomatapaa ei ole voitu löytää, vaikka juomatavoissa on tapahtunut homogeenoitumista. Juomatapoja tutkittiin vuosien 1950–2000 välillä 15 Euroopan maassa. Yhteistä perinteisen suomalaisen ja ”eurooppalaisen” juomatavan välillä on ollut naisten alkoholin käyttö. Naiset ovat käyttäneet vähäisesti alkoholia, sillä naisten osuus kaikesta kulutetusta alkoholista ei ylittänyt missään maassa 32:ä prosenttia. Useassa Euroopan maassa 1990-luvulla 20–40 prosenttia aikuisista naisista oli raittiita. (ks. Simpura & Karlsson 2001.)

Viimeisen kuluneen puolivuosisadan aikana alkoholinkäyttö on lisääntynyt merkittävästi Suomessa. 1950-luvun loppupuolelta vuoteen 2008 tultaessa alkoholijuomien kulutus on viisinkertaistunut. Vuonna 2008 suomalaiset kuluttivat alkoholia 100 prosentin alkoholiksi muunnettuna 8,5 litraa asukasta kohti, josta lähes puolet oli olutta. Suomalaiset ovat suosineet erilaisia alkoholijuomia viimeisen puolen vuosisadan aikana. Esimerkiksi vuonna 1959 yli 70 prosenttia kulutetusta alkoholista oli väkeviä alkoholijuomia. Väkevien alkoholijuomien osuus kaventui, kun keskiolut tuli elintarvikeliikkeisiin vuonna 1969. Viinien kulutus on ollut kasvussa 1960-luvun alusta lähtien ja varsinkin 1980-luvun puolenvälin jälkeen niiden kasvu on ollut nopeaa. Keskioluen uusi tuleminen ajoittui 1980-luvun loppuun ja 1990-luvun alkuun. (Mäkelä & Österberg 2006, 1-2.)

Suomalaisten alkoholinkulutus on jakaantunut epätasaisesti. Viimeisen kuluneen kolmen vuosikymmenen aikana alkoholinkulutuksen jakautumisen tasaantumista on tapahtunut vähän. 45 prosenttia kaikesta miesten kuluttamasta alkoholista on eniten juovan kymmenyksen kuluttamaa. Vastaava osuus naisten kohdalla on noin 50 prosenttia. Toisin sanoen kymmenesosa väestöstämme juo noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. 1960-luvun lopulle saakka alkoholinkulutus oli miesten varassa. Vuonna 1968 noin 40 prosenttia 15–69-vuotiaista naisista ilmoitti olevansa raittiita. Kysyttäessä naisilta alkoholinkäyttöä nykyään, saadaan tulokseksi, että noin 90 prosenttia on käyttänyt alkoholia viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Tulos on lähes sama kuin miehillä. Naisten



osuus alkoholin kokonaiskulutuksesta on myös kasvanut: vuonna 1968 se oli noin 10 prosenttia, kun nykyään naiset juovat noin 25 prosenttia kaikesta alkoholista. (Mäkelä & Österberg 2006, 2.)

Alkoholin kokonaiskulutuksen taso voi muuttua nopeastikin, mutta juomatavat muuttuvat hitaasti. Suomalaiseen juomakulttuuriin kuuluu muun muassa se, että alkoholia ei yhdistetä lounastamiseen tai arkipäiväiseen illastamiseen. Alkoholijuomien päivittäinen käyttö on edelleen harvinaista Suomessa, vaikka juominen useammin kuin kerran viikossa on yleisempää kuin sukupolvi sitten. Juomistiheyden kasvu on ollut kaikkein voimakkainta 50–70-vuotiaiden miesten ja naisten parissa. Alkoholista käytettiin suomalaisessa kulttuurissa pitkään vain erityistilaisuuksissa ja alkoholista ei ole edelleenkään tullut arkipäiväistä kulutustuotetta, sillä suuri osa alkoholinkulutuksesta tapahtuu viikonloppuisin. Merkittävin syy alkoholinkäyttöön Suomessa on sen vahva kiinnittyminen seurusteluun ja humalalla on vakaa asema sosiaalisessa kanssakäymisessä. Nämä suomalaisen alkoholi-kulttuurin ominaispiirteet eivät ole muuttuneet vuosikymmenten aikana. Samantyyppisiä juomiskulttuurin piirteitä löytyy myös erityisesti pohjoisemman ja itäisen Euroopan maista. (mts. 2.)

Humala on osa suomalaista alkoholikulttuuria ja humalalla on ollut oma merkityksensä jo vuosisatojen ajan. Humalassa toilailu on ollut Suomen suosituin kansankomedia todella kauan. (Apo 2001, 378.)

Alkoholin ja hauskuuden liitännä on Suomessa niin vahva ja itsestään selvä, että se on synnyttänyt ironista metahuumoria: aforismi ”Ilo ilman viinaa on teeskentelyä” on ollut käytössä ainakin 1930-luvulta lähtien (Apo 2001, 379).

Humalan ja hauskuuden kytkös on kulttuurisidonnainen. Esimerkiksi vielä muutama vuosikymmen sitten pullon ilmestyminen näkyviin, korkin avaaminen ja lasin kilahdus saivat läsnäolijoiden mielen huumorin taajuudelle. Juomista ja humalatilaa voidaan pitää suomalaisen kulttuurin huumorin instituutiona lähes samassa mielessä kuin sirkusklovneria tai bulevardikomedia muissa maissa. (Apo 2001, 378–379.)

Suomalainen juomiskulttuuri on myös muuttunut. Suurimpia muutoksia on alkoholin käytön yleistyminen 1960-luvulta lähtien naisten ja poikien sekä tyttöjen keskuudessa. Runsas juominen on myös levinnyt näiden ryhmien pariin. Eläkeikäisten lisääntynyt alkoholinkäyttö on myös herättänyt huomiota. Yksi merkittävä muutos tapahtui suomalaisessa alkoholikulttuurissa 1980-luvun loppupuolella, kun alkoholinkäyttö yleistyi julkisilla paikoilla ja erilaisissa urheilu- ja kulttuuritilaisuuksissa sekä kesäfestivaaleilla ja terasseilla. (mts. 3.)

Suomalaisen juomakulttuurin tyypillinen piirre on ollut humalan tavoittelu ja se on edelleen yleistä ja hyväksyttävää. Esimerkiksi vuonna 1968 noin 14 prosenttia miehistä oli juonut itsensä humalaan ainakin kerran kuukaudessa. Vuonna 1984 vastaava osuus oli jo 26 prosenttia ja on pysynyt tämän jälkeen suhteellisen samana. Naisten humalajuominen on ollut paljon harvinaisempaa kuin miesten, mutta kasvuvauhti on ollut kovempaa kuin miesten. Esimerkiksi vuonna 1968 vain 1 prosentti naisista joi itsensä humalaan ainakin kerran kuukaudessa, kun vuonna 1992 osuus oli 8 prosenttia. Sen jälkeen osuus on pysynyt kutakuinkin samalla tasolla. (mts. 3.)

Väestötason tutkimuksissa on todettu, että tietty alkoholin kulutustaso lisää voimakkaasti terveydellisten ja sosiaalisten haittojen todennäköisyyttä. Suomessa alkoholimäärän riskiraja on naisilla 16 ja miehillä 24 annosta viikossa. Kertakäytölle on omat rajansa; miehillä 7 annosta ja naisilla 5 annosta. Karkeiden arvioiden mukaan noin viidennes miehistä ja kymmenisen prosenttia naisista juo viikon aikana riskirajan verran tai enemmän. (mts. 3.)

Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutosprosessit muovaavat juomatapojamme. Alkoholinkulutus on Suomessa viime vuosikymmeninä kasvanut ja kulutuksen taustalla on alkoholijuomien fyysisen saatavuuden parantuminen sekä yleinen vaurastuminen. Alkoholinkulutuksen kasvun selittäminen ei kuitenkaan ole näin yksinkertaista. Taloudellista kasvua on ollut hyvin monessa maassa, mutta alkoholinkulutuksen pitkän aikavälin trendi on ollut laskusuuntainen viime vuosikymmeninä. Eri-tyisesti Etelä-Euroopan viinintuottajamaissa alkoholinkulutus on vähentynyt. Suomi on noussut neljässä vuosikymmenessä alhaisen alkoholinkulutuksen maasta Euroopan keskikastiin. (mts. 3.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) tilastojen mukaan Suomessa kulutetaan nykyään alkoholia hieman enemmän kuin WHO:n Euroopan alueella keskimäärin; kulutamme alkoholia yhtä paljon kuin Saksassa, vähemmän kuin Irlannissa, Tšekin tasavallassa ja Portugalissa, mutta enemmän kuin Belgiassa, Espanjassa ja Italiassa. Myös Yhdysvalloissa, Ruotsissa, Islannissa ja Norjassa juodaan alkoholia vähemmän kuin Suomessa. (Mäkelä & Österberg 2006, 3.)

Alkoholinkulutusta historiallisesti Suomessa tarkasteltaessa voidaan pysähtyä vuoteen 1969, jota ennen alkoholinkulutus oli keskittynyt kaupunkeihin. Kaupungistumisella voidaankin selittää osaltaan alkoholinkulutuksen kasvua. Alkoholijuomien kasvavalla suosiolla on tuotteen ja sen käytön kannalta isoa symbolista arvoa. Voidaan sanoa, että alkoholijuomien ja alkoholinkäytön merkitykset ovat muuttuneet ajasta, jolloin juomistilanteita ei ollut paljoa ja juominen oli pääosin miesten varassa. Juomistilanteet ovat monipuolistuneet ja tämän on vaikuttanut paheksuvien asenteiden korvau-

tumiseen hyväksyvämpiin asenteisiin. Ravintolankin merkitys on muuttunut, sillä se ei enää ole miehisen vapauden paikka kuin kaksi tai kolme vuosikymmentä sitten. (mts. 3.)

Alkoholinkäytön leviäminen erilaisiin sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin on muuttanut suhdettamme alkoholiin. Siitä huolimatta kulttuuriset tavat ovat kerroksittaisia, eivätkä ne ole muuttuneet samaan tahtiin. Suomalaisten juomatapojen ydin on humalahakuinen kulutus, joka elää edelleen vahvana ja sen periaatteet omaksutaan jo nuorena ensimmäisten kokeilujen myötä. Vahva humaltuminen on edelleen keskeinen piirre. Juomatapojen sitkeyden ja muuttumattomuuden voi huomata myös siinä, että alkoholin nauttiminen ruokajuomana on edelleen varsin harvinaista. (mts. 3.)

### **3 Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö**

Luku 3 muodostuu neljästä alaluvusta ikääntymiseen ja alkoholinkäyttöön liittyen. Ensin täytyy määritellä ikääntyvä –termi. Selvitetään mitä termillä tarkoitetaan. Ikääntymiseen liittyy olennaisesti myös toimintakyky ja siinä tapahtuvat positiiviset tai negatiiviset muutokset. Tästä lisää alaluvussa 3.2. Luvussa 3.3 paneudutaan suurten ikäluokkien käsitteeseen ja tutustutaan ikääntyneiden juomatapoihin. Seuraavassa luvussa käydään historian kautta läpi kotipalvelun kehitystä ja mitä kotipalvelulla tarkoitetaan. Lukuun otetaan mukaan myös Tampereen kaupungin kotihoidon malli ja miten Tampereella kotihoito on järjestetty. Viimeisenä luvun kolme alla on luku ikääntyneille suunnatuista päihdepalveluista. Luvussa lähdetään liikkeelle eri lakien näkökulmasta ja siitä miten päihdepalvelut tulee järjestää kunnissa. Lopuksi otetaan tarkasteluun Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmä ja siinä syvennyttään erityisesti päihdepalveluihin ikääntyneiden ikäryhmän näkökulmasta.

#### **3.1 Ikääntyvä –termin määrittely**

Yksilön ikääntyminen on prosessi, johon kuuluu kronologisen iän karttuminen sekä ruumiin ja kognitiivisten kykyjen muuttuminen. Ikääntyminen on koko elämän kestävä vaihe, jota säätelevät myös yhteiskunta ja kulttuuri. Erilaiset kulttuuriset ympäristöt ja historialliset tilanteet antavat merkityksiä ikääntymiselle. Ihmisen luokittelu tiettyyn ikäryhmään kuuluvaksi - esimerkiksi vanhukseksi – on kaikkea muuta kuin selvää. Tämän lisäksi ikäluokittelujen kriteerit ovat jatkuvassa liikkeessä. Tutkimuksessa ja käytännössä puhutaan ikääntymisprosessista useilla eri käsitteillä, sillä tässä asiassa ei olla päästy yksimielisyyteen. Nämä käsitteet ovat: vanheneminen, vanhuus, vanhukset,

ikäntyminen, iäkkyyys ja iäkkäät. (Haarni & Hautamäki 2008, 19.) Käytän tässä tutkimuksessa edellä mainittuja sanoja synonyymisesti.

Sosiaalipolitiikassa ja sosiaalipoliittisissa ratkaisuisissa on yleensä käytetty kalenteri-ikää. 65-74 vuotiaat nähdään ”nuorina vanhuksina” ja yli 75-vuotiaat ”varsinaisina vanhuksina”. Yli 85-vuotiaita voidaan pitää ”vanhoina vanhuksina”. (Gothóni 2007, 13.) Virallinen vanhuusikäraja on pitkään ollut kansaneläkeiän mukaan 65 vuotta, mutta nykyäsitöksen mukaan vanhuus ei ala 65-vuotiaana. Eläkeiän ja vanhuuden katsotaan irtautuneen toisistaan. (Sankari 2004, 16.) Käytännössä ikääntyneiksi luokitellaan nykyisin noin 65-74-vuotiaat, jotka aiemmin olisi katsottu kuuluvan vanhuksiin. Ikävuosia 65-74 voidaan pitää siirtymävaiheena keski-ikästä vanhuuteen. Näille ikävuosille on tyyppillistä se, että toiset ovat kunnoltaan lähes keski-ikäisten veroisia, jotkut taas jo vanhusten kaltaisia. Tutkijat näkevät, että vanhuuden alkamisen ikäraja on varsin häilyvä ja yksilöllinen. Vanhuus alkaa nykyään noin 75 vuoden tai yli 80 vuoden iässä. (Niemelä 2007, 169.)

### **3.2 Ikääntyminen ja toimintakyky**

Ikäännyttäessä ja etenkin vanhuudessa terveydentila on erittäin tärkeä tekijä. Objektiivisen terveydentilan ohella subjektiivisesti koetulla terveydentilalla on suuri merkitys. Keskeisenä terveydentilan mittarina pidetään toimintakykyä eli itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Psykososiaalinen toimintakyky on myös merkittävä fyysisen suoritusköyyn ohella. (Niemelä 2007, 169.) Toimintakyky heikkenee asteittain, kun ihminen ikääntyy. Tämä heijastuu palveluiden tarpeen ja käytön lisääntymiseen. Sosiaali- ja terveöspalveluiden tarve ja käyttö lisääntyvät selvästi 75. ikävuoden jälkeen. Stakes ylläpitää hoitoilmoitusrekisteriä, jonka mukaan noin 20 % 65-74-vuotiaista käyttää säännöllisesti kotipalveluja. Kotipalvelun säännöllinen käyttö alkaa 80-vuotiaana ja pysyvään laitoshöitoon siirrytään noin 82-vuotiaana. (Eloranta & Punkanen 2008, 9-10.)

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Nämä osat alueet ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään. (Eloranta & Punkanen 2008, 10) Toimintakykyyn vaikuttaa keskeisesti toimintaympäristö. Toimintakyky määrittyy myös kokemusten ja elinympäristön kautta. (Nummijoki 2009, 90.) Fyysisen toimintakyky pitää sisällään fyysisen kunnan ja suoritusköyyn. Kun ihminen vanhenee, niin elimistön toimintakyky heikkenee ja kyky vastustaa sairauksia vähenee. (Eloranta & Punkanen 2008, 10.) Vanhetessa elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu. Tästä johtuen sama alkoholiannosten määrä nostaa veren alkoholipitoisuuden korkeammaksi ikääntyneillä kuin nuoremmilla henkilöillä. Lisäksi lääkkeiden

käyttö ja erilaiset sairaudet lisääntyvät ikääntymisen myötä. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta ikääntyneisiin liittyvä alkoholin käyttösuosituskeskustelu on vaikeaa. Alkoholin käytön ohjeistuksissa kuitenkin kehoitetaan huomioimaan yksilölliset erityispiirteet. (Sulander 2009a, 158.)

Alkoholinkäytölle on asetettu tietyt riskirajat. Suomessa yleisesti käytössä olevat suurkulutuksen riskirajat on tehty terveille työikäisille ja keskikokoisille ihmisille. Riskirajaksi tai suurkulutuksen rajaksi on asetettu miehille 24 ja naisille 16 viikkoannosta. Suurkulutuksen kertakäyttörajoina miehillä on seitsemän annosta ja naisilla viisi annosta. (Sulander 2009, 157.) Yhdysvalloissa on asetettu 65 vuotta täyttäneille riskirajoiksi enintään 7 annosta alkoholia viikossa ja enintään 2 annosta kerralla. Suomessa on myös otettu käyttöön Yhdysvalloissa alkoholinkäytölle määritetyt riskirajat. (STM 2006, 4.)

Psyykkisellä vanhenemisella tarkoitetaan kypsymistä, muuttumista ja siirtymistä elämässä uuteen vaiheeseen. Psyykinen toimintakyky kietoutuu ihmisen psyykkisiin voimavaroihin, persoonallisuuteen ja psyykkiseen terveyteen toimintakyvyn edellytyksenä. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat oleellisesti elämän varhaisvuosina koetut onnistumiset ja hyväksynnän tunteet. Myönteiset elämäkokemukset voivat auttaa ihmistä selviytymään elämänmuutoksista, jos ihmisellä on tämän lisäksi vahva sisäinen autonomia, voimakas itsetunto ja selkeä minäkuva, jolloin hän voi säilyttää elämäntähtänsä. Psyykkisen toimintakyvyn tärkeänä edellytyksenä nähdään elämän tarkoituksen ja mielekkyyden löytäminen olemassaololle vanhuudessa. (Eloranta & Punkanen 2008, 12-16.)

Sosiaalinen toimintakyky pitää sisällään valmiuden suoriutua elämässä toisten ihmisten kanssa sekä yhteiskunnassa. Yhteiskunnassa suoriutuminen vaatii kykyä suoriutua sosiaalisista rooleista ja toimia yhteisön jäsenenä. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät sosiaaliset kontaktit, ajankäyttö ja harrastukset. Sosiaalinen toimintakyky on vuorovaikutuksessa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa. Yhteisösuhteet ja toiminta liittyvät olennaisena osana sosiaaliseen toimintakykyyn. (Eloranta & Punkanen 2008, 16-17.) Ikääntyvä ihminen on jäsen erilaisissa yhteisöissä ja ryhmissä. Yhteiskunta luo puitteet ja ympäristön ikääntymiselle ja ikääntyvänä olemiselle. Yhteiskunta vaikuttaa myös siihen, millaiseksi vanhana olemisen ja vanheneminen muodostuu. Sosiaaliseen vanhenemiseen liittyy selviä katkos- ja murrostiloja, joissa yksilön asema ja tulkinta muuttuvat. Toisin sanoen yhteiskunnan sanotaan jaksottavan ja vaihtelevan ihmisen elämäntähtänsä ja samalla luovan sosiaalista järjestystä kronologisen, biologisen ja psyykkisen iän etenemiseen. (Jyrkämä 2005, 276.)

Jyrkämän (2007, 200-201) mukaan toimintakykyä ja toimintakykytutkimusta pitäisi katsoa uudesta näkökulmasta. Toimintakyvystä tulisi siirtyä toimijuuteen (agency), joka on käsitteenä lähtöisin

sosiologiasta. Käytännössä siirtymä merkitsisi esimerkiksi sosiaalisesta toimintakyvystä vaihtoa toimintakyvyn sosiaalisuuteen. Tällä tarkoitetaan, miten toimintakyky muotoutuu, rakentuu ja muuttuu sosiaalisena ilmiökokonaisuutena. Jyrkämä (2008, 193) korostaa toimijuudessa olevan kyse elämäntilanteiden ehdoista ja niiden rakentumisesta, pakoista ja valintamahdollisuuksista, resursseista ja niiden muodoista, olemassaolosta ja käytettävyydestä. Toimijuutta on mahdollisuus käyttää lähestymis- ja analysointitapana ikääntyvien arkielämän tilanteiden, toimintakäytäntöjen ja kulttuurin tutkimisessa (Jyrkämä 2007, 195-209).

Honkasalo (2004, 78-80) näkee toimijuuden olevan pohjimmiltaan arkista toimintaa. Aikoinaan arkinen toiminta mahdollisti kylän äideille luoda ja ylläpitää punosta aikaan, jatkuvuuteen ja alkuperään. Merkittävä osa toimijuudesta kasvoi naisten yhteiseen toimintaan tukeutuen. Käytännön toimien ja tekojen avulla naiset hallitsivat maailmaa. Arkisten toistumisten ja tottumusten (habit) välityksellä sanotaan muodostuvan perustan sille, mitä olemme. Arjen toimivuuden määreinä pidetään rutiineja, suhteissa olemista ja merkityksiä. Pienessä toimijuudessa on kyse ylläpitävästä toiminnasta, jossa toistetaan yhtämittaisesti jotain samaa ja arkipäiväistä. Pienessä toimijuudessa keskeistä on se merkityksenanto, joka toimijuudelle annetaan.

Toimintakyvystä ja toimijuudesta siirrytään seuraavaksi ikääntymiseen. Yhteiskunnan ikärakenteen muutos (esimerkiksi vanheneminen) vaikuttaa siihen, millaisena vanhuus nähdään. Vanhaksi tuleminen sanotaan olevan sosiaalisena vanhenemisena ilmenevän vuorovaikutusprosessin tuote. Vanhuus ja vanhaksi tuleminen ovat ilmiökokonaisuus, jota koko ajan uusinnetaan, tuotetaan ja muutetaan. (Jyrkämä 2005, 277.) Sosiaalinen vanheneminen tulee esille ympäristön asettamina rooliodotuksina ja erilaisten ikääntymiseen liittyvien tapahtumien aikaansaamien roolien muutoksina. Esimerkiksi isovanhemmuus, omien vanhempien kuolema ja puolison kuolema ovat esimerkkejä ikääntymisen tapahtumista, jotka asettavat ihmisiä uusiin rooleihin sekä tuovat mukanaan uusia rooliodotuksia. (Eloranta & Punkanen 2008, 17.)

Ikääntyneiden alkoholinkäytön tutkiminen on tärkeää muun muassa alkoholisairauksien ehkäisemisen vuoksi. Liiallinen alkoholinkäyttö on yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn ja altistaa kaatumisille sekä tapaturmille. (Sulander 2009a, 158.) Ikääntyvien alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvistä terveysongelmista on äärimmäisen vähän tutkimustietoa. Esimerkiksi alkoholinkäytön suhdetta hyvinvointiin ei ole paljoa tutkittu. Iäkkäiden ihmisten alkoholinkäytön tutkimista ei ole aiemmin pidetty tarpeellisena. Tätä on selitetty sillä, että iäkkäiden alkoholinkäyttö on nähty vähäisenä ja tutkimisen mahdollistavia aineistoja ei ole ollut käytettävissä. (Sulander & Karisto & Haarni & Viljanen 2009b, 23.)

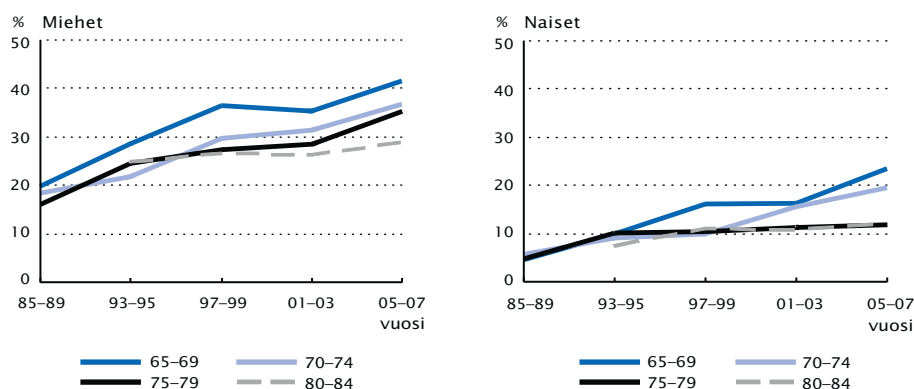
Suuri osa kansainvälisestä ikääntyvien alkoholinkulutuksen tutkimuksesta lähestyy ilmiötä ongelmakeskeisesti. Valtaosa tästä tutkimuksesta on tehty Yhdysvalloissa, ja enimmäkseen se on kuvailtavaa ja tilastollista. (Haarni & Hautamäki 2008, 11.) Osa tutkimuksista liittyy ikääntyneiden alkoholinkäyttöön ja sen mahdollisiin vaikutuksiin ihmisten toimintakyvyssä. Graham ja Schmidt (1999) ovat tutkineet kohtuullisesti ja runsaasti juovia ikäihmisiä Kanadassa. Tutkimuksessa oli mukana 65 vuotiaita ja siitä vanhempia ihmisiä. Kaikkiaan tutkittiin 826 ihmistä, joista naisia oli 65 %. Sekä kohtuullisesti että runsaasti juovissa ryhmissä nähtiin psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä päivittäisen alkoholin kulutuksen kasvaessa. (Graham & Schmidt 1999, 345-351.) Anttila (2004) on kollegoineen tutkinut pitkittäistutkimuksessa alkoholin käytön, lievän kognitiivisen heikentymisen riskin ja dementian yhteyksiä suomalaisten 65-78-vuotiaiden keskuudessa. Raittiilla ja runsaasti juovilla oli suurempi riski kuin kohtuullisesti juovilla. Kognitiivinen toimintakyky riippuu sekä perintö- että ympäristötekijöistä. (Anttila ym. 2004, 539-542.)

### **3.3 Suuret ikäluokat ja ikääntyvien juomatavat**

Suuret ikäluokat on sukupolvi, joka syntyi heti toisen maailman sodan jälkeen. Suurista ikäluokista puhutaan paljon, mutta heitä on tutkittu todella vähän. Laajan määrittelyn mukaan kaikki 1945-1955 syntyneet voidaan lukea suuriin ikäluokkiin. (Karisto 2005, 17-18.) Suomessa syntyi yli satatuhatta lasta vuodessa vuosien 1946-1949 aikana, mikä saattaa pysyä rikkomattomana ennätyksenä. Viime vuosina syntyneitä on ollut reilusti alle 60 000. (Parkkinen 2005, 298.) Hoivaikäisten lukumäärä alkaa kasvaa voimakkaasti 2020-luvulla, kun nykyisen väestön suurimmat ikäluokat alkavat tulla 80 vuoden ikään. Yhä suurempi osa heistä tarvitsee tuolloin hoitoa ja hoivaa. Terveystieteiden- ja sosiaalipalvelujen kysyntä tulee lisääntymään silloin merkittävästi. (Parkkinen 2005, 298-306.) Terveystieteiden palveluille on varmasti tulevaisuudessa tarvetta, sillä suurten ikäluokkien terveyden on tutkittu olevan heikompi kuin esimerkiksi vuonna 1935 syntyneiden ihmisten. Näin ollen suurten ikäluokkien kuolleisuus on odotettua suurempaa. Mahdolliseen tulevaan suureen kuolleisuuteen on sanottu olevan kaksi eri selitystä. Toisen mukaan suuret ikäluokat joutuivat kilpailemaan erittäin kovaa ikätoveriensa kanssa koulutuksesta, työpaikoista ja asunnoista sekä muuttamaan pois kotiseudultaan. Näistä koituva psyykinen rasitus on voinut vaikuttaa kielteisesti elinoloihin ja tapoihin sekä erityisesti terveyteen. (Valkonen & Kauppinen 2005, 334.) Sulkusen (1981, 240-241) mukaan toinen selitys odotettua suuremmalle kuolleisuudelle voi löytyä alkoholin käytöstä. Sulkunen sai tutkimuksessaan selville, että esimerkiksi vuosina 1946-1955 syntyneistä naisista ja miehistä vain kolme prosenttia oli raittiita. Voidaan puhua sukupolven yhtenäisyydestä ja kollektiivisesta alkoholin käytöstä, joka koski koko sukupolvea. ”Märän sukupolven” alkoholin käytöllä nähdään

olevan jonkinlainen yhteys alkoholiperäisiin sairauksiin, tapaturmiin ja itsemurhiin. Näihin kuoleminen on suurempaa ”märässä sukupolvessa” kuin esimerkiksi sotien aikana tai ennen sotia syntyneiden luokissa.

Viimeisen kuluneen vuosisadan aikana alkoholinkäyttö on lisääntynyt merkittävästi Suomessa. 1950-luvun loppupuolelta vuoteen 2008 tultaessa alkoholijuomien kulutus on viisinkertaistunut. (Mäkelä & Österberg 2006, 1-2.) Viimeisen parin vuosikymmenen aikana tätä kulutuksen kasvua on ollut vauhdittamassa alkoholia käyttävien ikääntyneiden ihmisten määrän lisääntyminen. Myös ikääntyneiden alkoholin suurkuluttajien määrässä on tapahtunut kasvua ja tätä myötä myös alkoholiongelmat ovat lisääntyneet. Aiemmin vanhempien ikäpolvien alkoholinkäyttö on ollut varsin vähäistä. Heidän nuoruutensa ja aikuisuutensa on ollut varsin kontrolloidun alkoholipolitiikan aikaa. Kieltolaki ja valtion säännöstelemän alkoholimyynnin ajanjaksot ovat olleet merkittävässä roolissa alkoholiin suhtautumiseen liittyen. 1980-luvun puolivälissä raittius oli vielä hyvin yleistä ikääntyneiden ihmisten keskuudessa. 1980-luvun puolivälin jälkeen raittiiden ikääntyneiden ihmisten määrä on alkanut tasaisesti alenemaan. Alkoholin kulutuksessa on havaittavissa selkeä ero nuorempia ikääntyneitä ikäpolvia verrattaessa vanhempiin ikäpolviin. Nuorempi ikääntynyt ikäpolvi käyttää selvästi enemmän alkoholia, sillä heidän nuoruus ja aikuisuus on ajoittunut liberaalimman alkoholipolitiikan aikaan. (Sulander 2009a, 157.) Alla kuviosta 1 ilmenee iäkkäiden ihmisten lisääntynyt alkoholin käyttö. Kuviota tulkitaan niin, että vuonna 1993 vain neljännes 65-84-vuotiaista miehistä kertoi juovansa alkoholia kerran viikossa. Vuoteen 2007 mennessä vastaava osuus oli kasvanut 38 prosenttiin. Naisilla alkoholinkäyttö tuplaantui kahdeksasta prosentista 17 prosenttiin. Kuviosta voi nostaa esiin myös ikäryhmän 65-69-vuotiaat. Tämän ikäryhmän kasvu alkoholinkäytössä on ollut muita ikäryhmiä suurempaa läpi tarkastelujakson sekä miehissä että naisissa.



Kuvio 1. Alkoholia vähintään kerran viikossa juovien ikäryhmittäiset osuudet (%) vuodesta 1985 vuoteen 2007. (Laitalainen & Helakorpi & Uutela 2008 Vilkon & Sulanderin & Laitalaisen & Finne-Soverin 2010, 146 muk.)



Ikääntyminen tuo mukanaan hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tapaturmaherkkyyteen. Yhden arvion mukaan noin kolmannes kotona asuvista yli 65-vuotiaista kaatuu vähintään kerran vuodessa (Tilvis 2010, 330). Pajalan (2012, 7) mukaan 65-vuotta täyttäneiden tapaturmista 80 prosenttia johtuu kaatumisesta tai matalalta putoamisesta. Tapaturmakuolemia tarkasteltaessa voi kiinnittää huomiota kaatumisiin liittyviin suuriin prosentuaalisiin lukuihin, 65 prosenttia miehistä ja 77 prosenttia naisista kuolee kaatumisesta johtuviin syihin. Vuosittain noin 1300 yli 65-vuotiasta kuolee tapaturmien seurauksena.

Aira (2007, 37) korostaa, että ikääntyneillä on lisääntynyt alttius ja riski kaatua. Tämän voidaan sanoa johtuvan pitkälti iän karttuessa elimistössä tapahtuvista muutoksista. Pajala (2012, 46) korostaa, että alkoholi lisää merkittävästi kaatumis- ja tapaturmavaaraa. Ikääntyneillä jo pieni määrä alkoholia saattaa muokata keskushermoston toimintaa niin, että tasapainon hallinta, keskittymis- ja reaktiokyky huononee. Lääkkeillä voi olla myös oma vaikutuksensa kaatumisalttiuteen ja tätä harvoin huomioidaan lääkehoitoa suunnitellessa. Ikääntyneillä on keskimäärin 3-4 lääkettä käytössä, mukaan lukien reseptivalmisteet ja käsikauppalääkkeet. On todettu, että jopa kolmen lääkkeen samanaikainen käyttäminen lisää kaatumis- ja murtumavaaraa. Kotona asuvilla ikääntyneillä on jopa 40 prosentilla merkittävä monilääkitys<sup>1</sup>. Voi vain kuvitella millaiselle kaatumisen riskeille ikääntynyt altistuu monilääkityksen vaikutuksesta.

Proviisori Veli-Matti Surakan (2011) mukaan lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset voivat olla lieviä, haitallisia tai jopa kuolettavia. Monilääkityksen omaavan ikääntyneen tulisi välttää alkoholia. Alkoholin käytöstä pitää ottaa selvää silloin, kun henkilölle määrätään tai henkilö käyttää mieliala-, uni- tai nukahtamislääkkeitä tai psyykenlääkettä. (Pajala 2012, 46.) Surakka (2011) korostaa, että kaikki keskushermostoa lamaavat lääkkeet, erityisesti unilääkkeet voivat johtaa alkoholin kanssa otettuna jopa kuolettaviin seurauksiin. Alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttö johtaa yleensä moniin terveydellisiin ongelmiin<sup>2</sup>. Näiden seurauksena käydään lääkärillä ja kerrotaan, että kärsitään unetomuudesta, sukupuolisesta kyvyttömyydestä, masennuksesta ja ahdistuksesta. (Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 1994, 110)

Suhosen (2009) mukaan ikääntyneitä voidaan pitää erityisen herkkänä ryhmänä päihteiden ongelmakäytön suhteen. Alkoholin sietokyky, käyttäytyminen humalassa ja päihteisiin liittyvät haitat ovat yleensä erilaisia kuin nuoremmalla väestöllä. Ikääntymiseen liittyvät sairaudet, rajoitukset ja lääkitys muodostavat päihteiden käytön kanssa ennalta arvaamattoman riskin. Esimerkiksi ikäänty-

<sup>1</sup> Käytössä 10 tai useampia lääkkeitä, mukaan lasketaan sekä resepti- että käsikauppalääkkeet.

<sup>2</sup> ”Hygienian taso saattaa laskea, sattuu kaatumisia, ilmaantuu inkontinenssia, kognitiiviset toiminnot heikkenevät, hypotermia saattaa uhata ja vanhus ehkä hoitaa itseään aiempaa huonommin”. (Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 1994, 110)

neiden runsas päihteiden käyttö aiheuttaa kognitiivisia oireita ja alkavaa dementiaa, joita voi olla vaikea erottaa toisistaan. (Päihdelinkki 12.2.2015.)

Seuraavaksi tarkastellaan ikääntyvien alkoholin käyttöön liittyvää tutkimuskenttää. Ikääntyvien alkoholinkäyttöä on tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisesti melko vähän. Tämän lisäksi näkökulma on ollut suhteellisen rajattu – ilmiötä on tutkittu selkeästi eniten kansanterveydellisesti tai päihdehuollon tarpeen kannalta koko väestöä koskevana ilmiönä. Erityisesti kotimainen laadullinen tutkimus on uupunut lähes kokonaan. Yhteiskuntatieteellisessä alkoholitutkimuksessa ikääntyneiden alkoholinkäytön tutkiminen on jäänyt taka-alalle nuorten ja työikäisten tutkimuksen edestä. Tämä siitäkkin huolimatta, että väestö on ikääntymässä ja ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt. (Haarni & Hautamäki 2008, 9-10.)

Haarni & Hautamäki (2008, 9-10) painottavat, että kotimainen laadullinen tutkimus ikääntyvien alkoholin käytöstä puuttuu lähes tyystin. Tarkistin asiaa tekemällä Googlesta haun tähän tutkimukseen liittyvillä keskeisillä sanoilla kuten ikääntyneiden alkoholin käyttö, toimintakyky, kotihoito ja päihdepalvelujärjestelmä. Tuloksena löytyi eri kaupunkien työryhmäraportteja ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Väitöskirjatason tutkimuksia ei ole tehty. Haulla tuli esiin myös Kelan tutkimus, jossa Tanja Laatikainen on tutkinut vuonna 2009 vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Tutkimuksessa selvisi, että kotona asumista voi vaikeuttaa sairaudet ja fyysinen heikkeneminen (esimerkiksi dementoituminen). Yli puolessa kuntia keskeisimmät kotona asumisen ongelmat olivat edellä mainittu sairaudet, turvattomuus, masentuneisuus ja yksinäisyys. Yksinäisyys oli erityisesti maaseudulla asumisen vaikeutena. Kaupungissa ongelmiksi muodostuivat alkoholin käyttö ja kotipalvelusta kieltäytyminen. (Laatikainen 2009, 30.)

Yksi tutkimus löytyi, joka paneutuu syvälle ikääntyvien alkoholin käyttöön. *Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi* – kehittämishankkeeseen tehtiin laadullinen tutkimus vuonna 2006, joka on raportoitu myös kirjana. Tutkimuksessa selvitettiin 60–75-vuotiaiden suhdetta alkoholiin teema-haastattelujen avulla. Tutkimuksessa haastateltiin 31 erilaista 60–75-vuotiaasta nykyistä tai entistä alkoholinkuluttajaa. Haastattelut analysoitiin elämäkerrallisena sisällönanalyysina. Elämänkulun, elämäntilanteiden ja elämänpiirien käänneissä ikääntyvien juomatavat ovat muovautuneet monenlaisiksi ja alkoholinkäytölle annetut merkitykset vaihtelevat. Yhteistä ikääntyvien juomatavoille näyttää tutkimuksen mukaan olevan alkoholinkäytön arkipäiväistyminen siinä missä muidenkin suomalaisten. Tästä huolimatta selvästi enemmistölle ikääntyminen on tuonut mukanaan alkoholikäytön

hallinnan taitoja. Eläkeikäiset kertovat alkoholinkäyttönsä tavoitteeksi humalan välttämisen ja kohtuulliset juomatavat. (Haarni & Hautamäki 2009, 3-13.)

### **3.4 Kotipalvelu ja alkoholia käyttävät Tampereen kaupungissa**

#### **3.4.1 Kotipalvelu**

Kotipalvelun juuret ovat 1930-luvun järjestötyössä. Vuonna 1931 Mannerheimin Lastensuojeluliitto käynnisti kotipalvelun päämääränään auttaa erityisesti maaseudun lapsiperheitä. Kotiavustajatoiminta alkoi 1950-luvulla järjestöjen toimesta. Järjestöt kouluttivat kotiavustajat ja kodinhoitajat. Kodinhoitajan pääasiallinen työ oli korvata äidin poissaolo kotoa ja kotiavustajien tehtävänä oli auttaa vanhoja ihmisiä kotona. Vuonna 1966 tuli voimaan laki kunnallisesta kodinhoitoavusta. Kyseinen laki oli ensimmäinen sosiaalipalvelulaki Suomessa. Universalismi tuli sosiaalialan palveluihin laajentaen kotipalvelun koskemaan kaikkia kansalaisia, tosin asiakasmaksu oli mahdollista veloittaa maksukyvyn mukaan. Lakimuutoksen myötä kunnallinen kotipalvelutoiminta kasvoi nopeasti, erityisesti vanhustyö. (Anttonen 2009, 72-74.)

Kotipalvelu kehittyi vuosien ja vuosikymmenten saatossa ollen 1990-luvun alussa yksi maailman kattavimmista (Anttonen 2009, 74). Tedren (1999, 40) mukaan erityisesti vanhuksille kohdennetun kotipalvelun keskiössä ovat olleet työt, jotka uusintavat ihmisten arkea, jokapäiväistä ja –öistä olemassaoloa silloin, kun ihminen itse ei ole kykeneväinen asioita hoitamaan. Vuosi 1995 oli merkittävä vuosi kotipalvelulle, sillä kotipalvelua karsittiin tukipalveluiden<sup>3</sup> käytön lisääntyessä. Kotipalvelun määrä on vuosien kuluessa kasvanut, mutta kysynnän kasvaessa palvelua saavien kriteereitä on jouduttu koventamaan. Tämä on johtanut siihen, että vähän apua tarvitsevat eivät ole palveluiden piirissä. Väestön vanheneminen ja laitoshoidon supistuminen ovat tehneet universalismin kotipalvelun kohdalla mahdottomaksi. Palvelun sisällössä on myös tapahtunut suuria muutoksia, sillä kokonaisvaltainen hoiva on saanut väistyä henkilökohtaisen hoidon tieltä. Palvelu pitää sisällään edelleen perustarpeista<sup>4</sup> huolehtimisen, mutta siivouspalvelua ei sisällytetä palvelun piiriin. Ikääntynyt joutuu maksamaan siivouspalvelusta itse tai kunnilla on valta ja mahdollisuus myöntää palveluseteli, jolla siivouspalvelun voi ostaa yksityisiltä palvelun tuottajilta. (Anttonen 2009, 74-75.)

Uusi kotipalvelupolitiikka pohjaa mahdollisimman pitkälle johdettuun toimintojen eriyttämiseen, joka on johtanut kokonaisvaltaisen hoivapalveluajattelun luopumiseen. Hoiva- ja hoitotyö on eriytetty useille eri palveluntuottajille. Tämä on tuonut tehokkuutta ja kustannussäästöjä, mutta epäin-

---

<sup>3</sup> Ateria-, kuljetus- ja siivouspalvelut (Anttonen 2009, 74)

<sup>4</sup> Hygieniä, ruoka ja ruumiin perustarpeet (Anttonen 2009, 75)

himillisyyttä ikääntyneelle ihmiselle. Kotipalvelu on tehostettu jopa niin, että suoritukset saatetaan mitata minuuteissa ja ongelmien kuten yksinäisyyden sekä masennuksen hoitoon ei jää aikaa. Palvelupolitiikka on myös muuttunut kodinhoitajien koulutuksen muuttuessa lähihoitaja koulutukseksi. (Anttonen 2009, 75-76.)

Ronkaisen & Ahosen & Backmanin & Paasivaaran (2002, 100) mukaan kotihoito<sup>5</sup> pitää sisällään kotipalvelun, kotona tapahtuvan sairaanhoidon ja terveydenhuollon ehkäisevän työn. Tähän tosin tuli pieni muutos 2000-luvun vaihteessa – ainakin Tampereella –, kun kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistettiin. Ajatuksena tässä muutoksessa oli se, että asiakas saisi yhdellä käynnillä kotisairaanhoito- ja kotipalvelun palvelut. Muutos vahvistaisi myös omatyöntekijyyttä ja yhtenäistäisi palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 13.)

Kotihoidon palveluilla Tampereella tarkoitetaan sitä, että asiakas on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan ja saa palvelua kotiin. Palvelua on mahdollista saada eri muodoissaan tarvittaessa ympärivuorokautisesti. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 13.) Kotipalvelu perustuu sosiaalihoitolakiin (17.9.1982/710) ja on tarkoitettu henkilöille, joilla on tarve henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, jotta asuminen kotona onnistuu. Ikääntyvä tai omainen voi ottaa avun tarpeen ilmetessä yhteyttä asuinkuntansa kotipalveluun. Tämän johdosta tehdään kotikäynti, jolloin tarkistetaan ikääntyneen toimintakyky ja selvitetään palvelun tarve. (Ronkainen & Ahonen & Backman & Paasivaara 2002, 100-101.) Kotihoidon palvelut perustuvat tarveharkintaan Tampereen kaupungissa. Arvion kotihoidon tarpeellisuudesta tekee tilaajan kotihoidon asiakasohjausyksikkö ja tarkemmin siellä asiakasohjaajat. Arvio tehdään ikäihmisten palvelujen lautakunnan vuonna 2007 hyväksymien kriteerien<sup>6</sup> pohjalta. Kriteerien ideana on tehdä näkyväksi palvelujen suuntaaminen kotihoitoa tarvitseville tamperelaisille aikuisille. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 14.)

*Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* – hankkeen loppuraportin (2009, 13) mukaan vuosi 2007 oli merkityksellinen Tampereen kaupungin historiassa. Tampereen kaupunki siirtyi 1.1.2007 alkaen tilaaja-tuottaja-malliin perustuvaan organisaatio ja pormestarimalliin. Tilaaja-tuottaja-malli perustuu tilaaja-tuottaja-toimintatapaan, jonka keskeisenä ideana on julkisten palveluiden tuotannon järjestäminen sillä tavalla, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit ovat selkeästi omansa. Palvelun tilaajapuolena voi olla julkinen taho, esimerkiksi kunta. Tuottaja voi olla kunnan oma tai jokin ul-

---

<sup>5</sup> Tässä tutkielmassa en erottele kotipalvelua, kotisairaanhoitoa ja kotihoitoa käsitteellisesti toisistaan vaan käytän kotihoidon käsitettä.

<sup>6</sup> Sivu 137 liite 5 (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 119-120)

kopuolinen taho. Tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa säätelee yhteinen sopimus. (Kuopila, et. al. 2007, 11.) Tampere hakee tilaaja-tuottaja-mallilla mahdollisuuksia vastata tulevaisuuden palvelutarpeen kasvuun ja väestön ikääntymiseen liittyviin haasteisiin. (Ikääntyneiden päihde- ja mielen-terveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 13.)

Kun vuosi 2007 oli tärkeä koko Tampereen kaupungille, niin kotihoidolle merkittävä vuosi oli 2004. Kotihoito sai tuolloin käyttöönsä terveydenhuollon asiakastietojärjestelmä Pegasoksen. Tämä mahdollisti asiakkaiden tietojen katsomisen ja tarkastamisen Pegasoksen sähköisistä potilaskertomuksista. Pegasos sisältää eri toimijoiden sähköisiä potilaskertomuksia ja sitä käytetään laajalti terveydenhuollon sektorilla aina neuvoloista sairaaloihin. Kotihoito sai käyttöön vuonna 2007 Resident Assessment Instrument (RAI) –tietojärjestelmän, joka suunniteltiin vanhustenpalvelujen työntekijöiden (hoitohenkilökunta, johto) käyttöön. RAI on monikäyttöinen järjestelmä, josta hyötyy kotihoidon työntekijät ja myös työnantaja. Työntekijät käyttävät RAI –järjestelmää työvälineenä yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiseksi. Johto käyttää järjestelmää hoidon laadun ja tehokkuuden mittausvälineenä. Pegasos ja RAI ovat olleet ja ovat edelleen keskeisiä työvälineitä kotihoidossa. (Heikkilä & Finne-Soveri & Ripsaluoma & Parikka & Suojalehto & Noro 2008, 10)

Hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen on tarkka prosessi, sillä molempia säätelee laki. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L2000/812, 7. §:ssä) määrittelee, että ”palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, sekä 9 ja 10§:ssä tarkoitetuissa tapauksissa asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisen kanssa”. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (A1992/912) säätelee kotona annettavaa palvelua ja siitä laadittavaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Asetuksen (A1992/912) mukaan suunnitelmat pitää tehdä yhdessä palvelun käyttäjän kanssa. Tämä tekee mahdolliseksi asiakkaan vaikuttamisen hoidon ja palvelun suunnittelussa lisäten itsemääräämistä. Näiden asioiden toteutumisella on asiakaslähtöisyyttä ja hoidon laatua parantavia vaikutuksia. *Ikääntyneiden päihde- ja mielen-terveystyömalli* –hankkeen loppuraportin (2009, 12) mukaan palvelu- ja hoitosuunnitelman tekemisen yhteydessä asiakkaalle nimetään omahoitaja. Omahoitajan keskeinen tehtävä on tarkkailla palvelujen toteutumista sekä pitää huolta palvelu- ja hoitosuunnitelman ajantasaisuudesta. Omahoitaja on myös tiiviissä yhteydessä ja yhteistyössä kotihoidon tiimiin.

Vuodesta 2007 vuoteen 2009 saakka kotihoidossa oli 44 kappaletta kotihoidon tiimejä. Kotihoidossa tapahtui vuonna 2009 organisaatiomuutos, kun kotihoidon tiimit jäivät historiaan lähipalveluiden syrjäyttäessä ne. Lähipalvelualueita oli tuolloin 22 kappaletta ja maantieteellisesti ne sijoittuivat

ympäri Tamperetta. Vuoden 2008 loppupuolella tehtiin laajennus kotihoidon yksityistämiseen liittyen. Kotihoidon säännöllisiä asiakkaita oli vuonna 2008 noin 2500. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 13-14.) Säännöllisistä asiakkaista 5,9 prosenttia sai vuonna 2008 vähintään 40 tuntia kotihoidon palveluja kuukaudessa. Merkittävää oli se, että alle 10 tuntia kuukaudessa palveluja saavien osuus säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli peräti 59,3 prosenttia. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009, 4.) Arvion mukaan vuonna 2005 kotihoidon palveluita saavista asiakkaista noin 15 prosentilla oli päihdeongelma. Alkuvuosi 2009 toi mukanaan muutoksia, kun palvelusetelikokeilua laajennettiin. Palveluseteli mahdollistaa asiakkaille palveluiden oston joko kaupungin oman kotihoidon tai yksityisen tuottajan valikoimasta. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 13-14.)

Tilaaaja-tuottaja-malli on tuonut kotihoidon palveluiden tuotteistamiseen tehostamista. Tästä on seurannut vaikutusta myös asiakkaiden arkeen, kun työntekijät ovat olleet tietämättömiä ja epävarmoja työn sisällöstä. Ei ole ollut tiedossa, että mitkä työt kuuluvat heidän palveluihin. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 41.) *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* -hankkeen aikana vuosina 2007-2009 ikäihmisille kohdennettuja matalan kynnyksen päivätoimintapaikkoja (korttelikerhoja) on suljettu ja maksullisiin ikäihmisten päiväkeskukseen joutuu jonottamaan. Kotihoidossa ulkoiluttajat ovat katoava luonnonvara. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 51)

*Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* –hankkeen loppuraportin (2009, 51) mukaan kotihoito on painottunut entistä enemmän raskaampaa hoitoa ja enemmän apua tarvitseville. Tämä vaikuttaa negatiivisesti vähäistä ja kevyttä tukea tarvitsevien hoitoon, jättäen heidät kokonaan hoidon ulkopuolelle. Kotihoidon kuntouttavaa työtä ei ole kehitetty. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan asiakkaan kannustamista ja jäljellä olevin voimavarojen tukeminen arjen toiminnoissa. Kuntouttava työote pohjaa tavoitteellisuuteen ja pyrkii vastaamaan asiakkaiden fyysisiin, psyykkisiin, kognitiivisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27.)

Kotihoidon ja ikäihmisten palveluiden kaupungin omaa tuotantoa on kehitetty hoitokeskeisempään suuntaan. Asiakkaan kokonaishoitoon ei ole käytetty riittävästi resursseja. Tämä tulee esille siinä, että työntekijöillä ei ole ajallisesti mahdollisuuksia sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn huomiointiin. Ongelmia aiheuttaa myös päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhdistäminen. Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoito ja palvelut ovat hajallaan. Tähän vaikuttaa merkittävästi se, että tilaajayksiköt eivät ole neuvotelleet asiakkaiden palveluiden järjestämisestä. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli – hankkeen loppuraportti 2009, 41.)

### 3.4.2 Ikääntyneille suunnatut päihdepalvelut

Suomen perustuslain (731/1999, 19. §:ssä) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Kuntien pitää kuntalain (365/1995, 1. §:ssä) mukaan pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia. Päihteiden käyttö ja päihteisiin linkitettyt sairaudet ovat enenevässä määrin kansanterveydellinen ja kuntalaisten hyvinvointia uhkaava ongelma. Kuntien velvollisuus on päihdehuoltolain (41/1936, 1-3. §:ssä) mukaan pitää huolta päihdehuollon järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan palvelutarpeita vastaavaksi. Päihdehuollon tavoite on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjien toimintakykyä. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 7.)

Päihdepalvelut määritellään sellaisiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiksi, joissa päihteiden ongelmakäyttäjä ja läheinen saavat tarpeen mukaan tukea, apua, hoitoa tai kuntoutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 14). Valtion tehtävä on ohjata kuntien päihdepolitiikkaa lainsäädännön lisäksi erilaisten hankkeiden ja suositusten kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto ovat tehneet vuonna 2002 palveluiden tuottajien ja asiakkaita edustavien tahojen kanssa kunnallisille päihdepalveluille laatusuosituksen. Tampereen kaupunki tekee valtuustokausittain päihdepoliittisen suunnitelman, joka toimii päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaisena päihdestrategiana. Siinä määritellään esimerkiksi päihdepalveluiden järjestäminen<sup>7</sup>. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 7.)

Päihdehuollon palvelut tulee järjestää yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä tarjoamalla erityisesti päihdehuoltoon suunnattuja palveluja. Palvelut pitää järjestää siten, että painopiste on erityisesti avohuollon toimenpiteissä ja palveluiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia sekä monipuolisia. (PäihdehuoltoL. 6§.) Päihdehuollon palveluja pitää antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Myös hänen perheelleen ja läheisille on annettava palveluja hoidon tarpeen perusteella. (PäihdehuoltoL. 7§.) Päihdehuollon palveluille on kuitenkin rajoitteita, jotka koskevat päihteiden käyttäjää, hänen perhettään tai läheisiään. Oikeutta palvelun saamiselle missä tahansa laitoksessa ei ole ellei pysty osoittamaan perusteluja kyseisen hoidon olevan parhaiten soveltuva. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 26-27.) "Päihdepalveluilla tarkoitetaan niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä ja erityisiä palveluita, joissa päihteiden ongelmakäyttäjä ja hänen läheisensä saavat tukea, apua, hoitoa tai kuntoutusta."

---

<sup>7</sup> Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3.  
([http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/paihdepalvelut/laatu/laatusuositukset](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdepalvelut/laatu/laatusuositukset))

Päihdehuollon palvelut pitää järjestää niin, että hakeutuminen niiden piiriin on mahdollista oma-aloitteisesti sekä niin, että asiakkaan omatoimista suoriutumista voidaan tukea. Hoidolle on asetettu oma kriteerinsä, sillä sen pitää pohjautua luottamuksellisuuteen. Koko toiminnassa on otettava huomioon päihteiden käyttäjän ja hänen läheistensä etu. (PäihdehuoltoL. 8§.) Lisäksi päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on tehtävä yhteistyötä, erityisesti päihdehuollon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen yhteistyöhön on kiinnitettävä suurta huomiota (PäihdehuoltoL. 9§).

*Sosiaali- ja terveysministeriön päihdepalvelujen laatusuositusten* (2002, 28) mukaan päihdepalvelujärjestelmä<sup>8</sup> rakentuu sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista kuin avo- ja laitoshoidosta sekä päihdehuollon erityispalveluista. Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluu avohoito, laitoshoido, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Palveluiden suunnan pääpaino on avohuollossa. Laitoshoidoa tarvittaessa lähes poikkeuksetta tarvitaan lääkärin lähete ja sosiaalilautakunnan maksusitoumus. Päihdepalvelut on mahdollisuus järjestää kunnan omina palveluina, kuntayhtymän palveluina, ostopalveluina järjestöiltä tai yksityisiltä toimijoilta. Kunnan päihdestrategiassa tulee olla tarkasti määriteltynä miten päihdepalvelut järjestetään kunnassa.

*Tampereen kaupungin päihdepoliittisessa suunnitelmassa 2009-2012* on määritelty Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmä<sup>9</sup>. Tampereen kaupunki mahdollistaa laajan palveluiden tarjonnan päihteiden ongelmakäytön ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Päihdepalveluiden tuotanto on järjestetty kaupungin omana tuotantona ja yhteistyökumppaneiden avustuksella. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja kolmas sektori ovat nämä yhteistyökumppanit. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 15.) *Tampereen kaupungin päihdepoliittisessa suunnitelmassa 2009-2012* ei ole erikseen ikääntyneille päihdeongelmallisille omaa päihdepalvelukenttää tai polkua. Päihdepalveluiden painopiste on suunnattu nuoriin ja aikuisväestöön. Levon (2008, 43) mukaan ikääntyneille ei ole varsinaisesti olemassa erityisiä päihdepalveluita.

*Tampereen päihdepoliittisen suunnitelman 2009-2012* (2009, 8) mukaan ensimmäinen kontakti palvelujärjestelmään luodaan päihdeongelman alkuvaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Levo (2008, 43) painottaa, että ikääntyneet tarvitsevat avun niin läheltä yksilön normaalia arkea kuin mahdollista. Perusterveydenhuollon tai kotihoidon kautta saatu apu on monesti parempi kuin erityispalvelujen järjestämä apu.

---

<sup>8</sup> Liite 6 sivu 141 (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002, 28).

<sup>9</sup> Liite 7 sivu 142 (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 15).



Otan seuraavaksi lähempään tarkasteluun Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmän ja siinä erityisesti ikäihmisiin painottuvat seikat. Ikäihmisten päihteiden käyttö nähdään kuormittavana Tampereen päihdepolitiikalle jo joidenkin vuosien kuluttua. Erityisesti ollaan kiinnitetty huomiota vuonna 1947 syntyneeseen ikäluokkaan, jolle tuli vuonna 2012 täyteen 65 vuotta. Kyseinen ikäryhmä on riskissä lisätä alkoholinkäyttöä työelämästä eläkkeelle jäädessään. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 19.) *Tampereen ikäihmisten palvelujen strategiassa 2009* painotettiin kaupunkilaisten omassa kodissa asumista. Tämän edellytyksenä on, että päihde- ja mielenterveysongelmaisilla ikäihmisillä on mahdollisuus tarvittaviin palveluihin, joissa kiinnitetään huomiota myös iän mukana seuraaviin palvelutarpeisiin. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 9.)

Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmä (ks. liite 7) jakautui arvioiviin ja hoitoa antaviin tahoihin, kuntouttavaan laitoshoidon, avohoidon ja tuettuun asumiseen sekä asumispalveluihin. Arvioivat ja hoitoa antavat tahot pitivät sisällään avopalvelut sekä päihdepsykiatrisen avo- ja laitoshoidon. Avopalveluita tarvitseva täysi-ikäinen päihdeongelmainen voi ottaa yhteyttä ensin oman alueen terveyden- tai sosiaalihuollon työntekijään tai hakeutua A-klinikalle. Terveysasemilla sairanhoidajat arvioivat asiakkaan kunnon ja ohjaavat tarpeen mukaan katkaisuhoidon. Tampereella lievimmät alkoholivieroitukset tehtiin avokatkaisuna terveydenhuollossa tai A-klinikalla (esimerkiksi Tampereen kuntoutumiskeskusella, Vipusella). (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 15, 24.)

Yli 16-vuotiaat sairaanhoidollista seurantaa vaativat potilaat hoidettiin akuutisti ja nopeasti ensiapua Acutassa. Sieltä potilaat siirrettiin sairaankuljetuksella tai poliisin avulla Hatanpään selviämishoitoasemalle, jota nykyisin ei enää ole. Kyseinen asema aloitti toimintansa vuonna 2009 ja toimintaa oli läpi vuorokauden. Aseman tehtäviin kuului akuuttipäihtymyksen hoitaminen, ei niinkään pitkäaikainen hoito. Hatanpään selviämishoitoaseman yhteydessä toimi vuodesta 2009 lähtien katkaisuhoidon asema. Tampereen A-klinikka oli suuri toimija avopalveluiden kentällä. A-klinikalla oli tarjolla avopalveluita yli 25-vuotiaille päihdeongelmaisille ja heidän läheisilleen. A-klinikan toimintamalli on tarjota monenlaisia avohoitomalleja haittojen minimoimisesta päihteettömään elämään suuntaavaan kuntoutukseen. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 15, 25.) A-klinikkasäätiöllä oli vuonna 2003 14 A-klinikkaa ympäri Suomea. Koko maassa oli vuonna 2003 A-klinikoilla asiakkaita 42 109, joista yli 60-vuotiaita asiakkaita oli noin 3700. (Suhonen 2005, 13.)

Päihdepsykiatrisesta avo- ja laitoshoidosta vastasi Tampereen kaupunki ja Pirkanmaan sairaanhoidopiiri. Päihdepsykiatrian ydin pitää sisällään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa, jolla tarkoitetaan

yhtäaikaista hoitoa päihdeongelmaan ja sairaustasoiseen psykiatriseen häiriöön. Päihdepsykiatrasta hoitoa toteutetaan sekä avo- että osastohoitona ja hoitoon hakeutumiseen tarvitaan aina lääkärin lähete. TAYS:n aikuispsykiatrian vastuualueella toimii päihdepsykiatrian poliklinikka. Kyseisessä yksikössä tehdään päihdelääketieteellisiä hoito- ja kuntoutusarvioita sekä arvioidaan ihmisten työkykyä. Päihdepsykoosia sairastavien potilaiden ja aikuisten päihdeongelmaisten kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito tapahtui Pitkänien sairaalan akuutti-psykiatrian osastolla. Kaivannon sairaalassa oli päihdepsykiatrinen yksikkö, jonka tehtävänä on antaa yksilö- ja perhehoitoa psyykkistä häiriötä sairastaville päihdeongelmaisille. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 27-28.)

Kuntouttava laitoshoido oli ja on edelleen myös tärkeä palanen Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmässä. Kuntouttavan laitoshoidon palveluiden piiriin pääsy edellytti päihderiippuvuutta ja sen lisäksi muita psyykkisiä tai fyysisiä sairauksia. Kuntoutus alkoi aina katkaisuhoidolla tai katkaisuhoidon jälkeisellä hoidolla. Tampereen kaupunki kuului ja kuuluu myös nykyisin Hämeen päihdehuollon kuntayhtymään ja omistaa Mainiemen kuntoutumiskeskuksen Lammilla. Siellä hoidetaan ja kuntoutetaan alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvaisia henkilöitä. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 26.)

*Tampereen kaupungin päihdepoliittisen suunnitelman 2009-2012* (2009, 15, 23-24, 26-27) mukaan asiakasohjausyksiköllä<sup>10</sup> on mahdollisuus ohjata asiakas Mainiemen kuntoutumiskeskukseen katkaisuhoidon tai pitkäaikaiseen kuntoutukseen, sekä korvaushoidon tehostettuun laituskuntoutukseen. Palhoniemen huoltokoti Kurussa on myös yksi niistä harvoista Tampereen kaupungin omista päihdehuollon paikoista. Palhoniemen huoltokodissa hoidetaan vaikeita päihdeongelmia, jotka ovat pitkittyneet. Täysi-ikäisten päihdeongelmaisten alkoholi-, lääke- ja huumevieroitukset pystyttiin hoitamaan A-klinikkasäätiön Tampereen kuntoutumiskeskuksessa kuntoutusosaston puolella. Kuntoutumiskeskuksella oli laitoshoitopaikkoja päihdekatkaisuun ja kymmenpaikkainen kuntoutusosasto. Lisäksi kuntouttavaa laitoshoidoa järjestettiin Kangasalla olevassa Kaivannon sairaalassa. Sairaalan päihdepsykiatrian yksikössä oli kaksitoista paikkaa yli 18-vuotiaille mielenterveys- ja päihdeongelmaisille. Hoito perustui vapaaehtoisuudelle ja näin ollen potilailla piti olla motivaatiota sekä valmiutta sitoutumiseen. Hoitoon pääsi vain lääkärin läheteellä. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 15, 23-24, 26-27.)

---

<sup>10</sup> Päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakasohjausyksikkö Loisto on vastuussa tamperelaisten päihdeasiakkaiden ohjaamisesta tarpeellisen hoidon ja kuntoutuspalvelujen piiriin. Loiston yksi tehtävistä on etsiä asiakkaille sopivat palvelut ja neuvoa sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita. Loiston tehtävä on myös seurata ja valvoa palveluiden laatua. Asiakasohjaus kuuluu hallinnollisesti kaupungin tilaajaorganisaatioon. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 23-24.)

Päihdekuntoutujien asumispalvelut muodostivat yhden tärkeän lenkin Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmässä. En näe tässä tutkimuksessa tarpeelliseksi mennä syvemmälle asumispalveluihin. Sen sijaan tarpeellista on käydä läpi päiväkeskustoimintaa ja yhdyskuntatupia. Näitä ylläpidetään Tampereella järjestöjen toimesta. Päiväkeskuksista on tullut hankalassa elämäntilanteessa oleville ihmisille merkityksellinen tukipiste. Merkityksellisyydestä kertoo myös vuosittainen 85 000 ihmisen kävijämäärä. Tampereen A-kilta oli yksi suurimmista päihteettömän toiminnan tarjoajista. Toimintaa järjestettiin esimerkiksi Tahmelan monitoimitalossa ja Rantaperkiössä olevassa Kolmion päiväkeskuksessa. Asiakkailla oli molemmissa paikoissa mahdollisuus peseytyä, pestä pyykkiä, keskustella ja osallistua vertaistukiryhmätoimintaan. A-kilta piti myös yhdyskuntatupia, joissa on tukipiste- ja päivätoimintakeskustyyppisiä paikkoja. Tarjonta kattoi keskusteluavun, perushuoltopalvelun ja virkistystoimintaa. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 28-30.)

Ikäihmisten ja päihdepalveluiden piiriin kuuluvien päiväkeskusten toiminnasta on huolta, sillä päihdepoliittisen suunnitelman toimenpide-ehdotuksessa mainitaan toimintaedellytyksien turvaaminen. On myös mahdollista, että palvelut ovat osoittautuneet toimiviksi ja niitä halutaan jatkaa. (Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009-2012, 34.) Tampereen päihdepalvelujärjestelmä näyttää paperilla loogiselta, mutta siinä ei ole ikäihmisille spesifioituja palveluita. Miten tämä vaikuttaa palveluihin kaikinensa ja palveluiden saatavuuteen? Tutkimuksen analyysiosiossa saa ikääntyneiltä kotihoidon asiakkailta ja kotihoidon työntekijöiltä näkemyksiä asiaan. Seuraavassa luvussa käydään läpi tutkimuksen toteutus vaihe vaiheelta.

## **4 Tutkimuksen toteutus**

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen toteutus alkumetreiltä analyysiin saakka. Liikkeelle lähdetään tutkimustehtävästä (luku 4.1) ja tutkimusaineistosta (luku 4.2). Tutkimusaineistosta ja sen keruusta päästään tutkimuksen metodologiaan, jota käsitellään myös luvussa 4.2. Tutkimuksen haastattelut on tehty vuonna 2011 ja Tampereen kaupungin ohjeistukset ovat pääasiassa voimassa vuoteen 2012.

Edellisten asioiden lisäksi 4.2 lukuun mahtuu sisälle osuus teemahaastattelusta, havainnoinnista, etnografiasta ja fenomenologiasta. Luvun 4.2 päättää tutkimuksen luotettavuus ja etiikka alaluku. 4.3 luku on oma pieni kokonaisuutensa. Siinä tutustutaan tutkimuksen analyysimenetelmiin, aineis-

tolähtöiseen sisällönanalyysiin ja teemoitteluun sekä tyypittelyyn. Tämä käsissäsi oleva tutkimus on yhdistelmä etnografiaa ja fenomenologiaa, joihin teoreettinen viitekehys lujasti tukeutuu.

## 4.1 Tutkimustehtävä

Lähden tutkielmassani siitä taustaoletuksesta, että ikääntyneiden riskirajat ylittävä alkoholinkäyttö on sosiaalinen ongelma, joka vaatii yhteiskunnallisia interventioita. Näen sosiaalipolitiikan kannalta olennaisena sosiaalisten ongelmien näkyväksi tekemisen ja sosiaalipoliittisen tutkimuksen väylänä kurkistaa niihin prosesseihin, joissa tulkitaan erilaisia olosuhteita ja käyttäytymistä. Nämä käytännöt voidaan nähdä tuottavan sosiaalista todellisuutta, jossa muovataan, ylläpidetään ja puretaan sosiaalisia ongelmia. (Jokinen & Juhila & Pösö 1995, 12–13.)

Sosiaalisten ongelmien tulkintaa ei tule nähdä irrallaan arkielämän toimintakentistä. Ne muovautuvat yhtäältä arkielämän vuorovaikutustilanteissa, median uutisoinnissa tai tieteellisissä keskusteluisissa, joissa kaikissa tuotetaan jatkuvasti tulkintaa joidenkin olosuhteiden tai käyttäytymisen ongelmallisuudesta. (Jokinen ym. 1995, 14.)

Ikäihmisten alkoholin ongelmakäyttö on konstruoitu sosiaalisesti ongelmaksi, niin mediassa kuin erilaisissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa liikutaan arkielämän kentillä ja tarkastellaan ikäihmisten alkoholin käyttöä monenlaisesta perspektiivistä katsottuna. Mukana on ikääntyneiden asiakkaiden kokemuksia, kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä ja tutkijan kenttäkokemusta. Tutkija tarkastelee asioita etnografisten silmälasien läpi ja käytössä on myös fenomenologian kiikarit. Tässä tutkimuksessa liikutaan osa-alueella, jota on laadullisesti tutkittu erittäin vähän niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Tarkoitukseni on tuoda uudenlaista näkökulmaa asioihin ja tehdä näkyväksi sitä maailmaa, jossa ikääntyneet alkoholiongelmaiset elävät.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisena alkoholia käyttävät ikäihmiset pitävät toimintakykyään ja millaiseksi kotipalvelu arvioi toimintakyvyn?
2. Millaisia kokemuksia ikäihmisillä ja kotihoidon työntekijöillä on päihdepalveluista?
3. Minkälaista on kotipalvelu ikäihmisten luona?

Näiden kolmen tutkimuskysymyksen avulla lähestyn aineistoani. Tarkennan seuraavaksi hieman yllä olevia tutkimuskysymyksiä alakysymysten kautta. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä selvitetään ikäihmisten näkemyksiä (esimerkkien kautta) toimintakyvystään ja miten kotipalvelun työntekijät näkevät asiakkaidensa toimintakyvyn. Samalla selvitetään millaiset tekijät vaikuttavat

toimintakykyyn ja mihin asioihin toimintakyky itsessään vaikuttaa. Toisessa tutkimuskysymyksessä selvitetään ikäihmisten kokemuksia päihdepalveluista ja millaisissa paikoissa he ovat olleet päihdekuntoutuksessa. Ikäihmisten subjektiivisten kokemusten lisäksi mukaan otetaan kotihoidon työntekijöiden näkemykset. Kolmas tutkimuskysymys pureutuu kotipalveluun ikäihmisten luona. Millaisena kotipalvelu näyttäytyy ikäihmisten ja työtään tekevien kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta?

## **4.2 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen metodologia**

### **4.2.1 Aineisto**

Tutkimuksen aineistona ovat kotihoidon työntekijöiden haastattelut ja ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden haastattelut. Haastattelin viitti kotihoidon työntekijää, joiden toimenkuvaan kuuluu ikääntyneiden päihdeongelmaisten luokse tehtävät kotikäynnit. Haastateltavat kotihoidon työntekijät löytyivät kotihoidon yhdyshenkilön kautta. Hän esitteli työntekijöille tutkimuksen ja en nähnyt näin ollen tarpeellisena lähestyä heitä esittelykirjeellä. Henkilöt, jotka olivat valmiita tutkimukseen ottivat yhteyttä yhdyshenkilöön tai suoraan tutkijaan. Ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat haastatteluun suostumus –lomakkeen.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin digitaaliselle nauhurille, jonka sain lainaksi Tampereen yliopistolta. Tutkimusaineistoksi valitsin haastattelut, koska haastatteluja pidetään hyvänä tutkimusmenetelmänä silloin, kun yritetään saada tietoa vähän tunnetuista ja kartoittamattomista aiheista.

Toisen osan aineistosta muodostavat kotona asuvien ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden haastattelut. Haastattelin seitsemää ikääntynyttä, joilla on todettu selkeästi alkoholiongelma. Haastateltavat löytyivät Tampereen kaupungin kotihoidon palvelupäällikön avustuksella. Haastatteluun valittavien kriteerit olivat seuraavanlaiset: omaehtoinen suostuminen haastatteluun ja iältään yli 65-vuotias. Haastateltavien tuli asua myös omassa kodissa ja alkoholinkäytön piti olla riskirajat ylittävää. Kotihoidon työntekijät käyttävät tarvittaessa alkoholin kulutuksen selvittämiseen ja päihdeongelman tunnistamiseen AUDIT – testiä. Maailman terveysjärjestö on kehittänyt kymmenen kysymyksen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), joka on todettu toimivaksi suurkulutuksen tunnistajaksi (Päihdelinkki 2010).

Kotihoidon työntekijät jakoivat kotikäyntien yhteydessä tutkimuksen kriteerit täyttävälle ikääntyneille tutkimuksesta kertovan esittelykirjeen, joka sisälsi tietoja tutkimuksesta ja tutkijan yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Näin ikääntyneillä oli etukäteen mahdollisuus tutustua tut-

kimukseen ja miettiä tutkimukseen osallistumista. Seuraavalla kotikäynnillä kotihoidon työntekijä kysyi ikääntyneeltä alustavaa kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Mikäli kiinnostusta löytyy, niin kotihoidon työntekijä ilmoitti asiasta esimiehelleen tai suoraan tutkijalle. Ikääntyneet voivat myös itse ilmoittautua tutkimukseen ottamalla suoraan yhteyttä tutkijaan. Tämän jälkeen sovittiin ensimmäinen tapaamiskerta, jossa olivat läsnä kotihoidon työntekijä, ikääntynyt ja tutkija. Ensimmäisen tapaamiskerran ideana oli esittäytyminen puolin ja toisin sekä tutkimuksesta kertominen. Tässä vaiheessa ikääntyneellä oli mahdollisuus tehdä tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja tutkija voi kysyä suostumusta tutkimukseen. Toisella tapaamiskerralla eli varsinaisena haastattelupäivänä tutkija ja haastateltava täyttivät tutkimukseen liittyvän suostumuslomakkeen, jonka molemmat sitten allekirjoittivat. Haastateltavalla oli tosin suostumuslomakkeen jälkeenkin mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimus kesken haastattelun, mikäli hän niin halusi. Haastattelupäivänä kerrottiin myös asiakkaalle tutkimusmateriaalin säilyttämisestä ja otettiin suostumus materiaalin jatkokäyttöön.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla on tarkoitus myös havainnoida kotihoidon työntekijän, ikääntyneen ja mahdollisesti tutkijan välistä vuorovaikutusta, ilmapiiriä sekä ilmeitä ja eleitä. Havainnoinnin kohteena on myös ikääntyneen koti. Havaintojen tekeminen on olennainen osa arkielämää ja pyrimme ymmärtämään havaintoihin vaikuttavia tekijöitä. Tieteessä havainnoimalla pyritään saamaan aineistoa määrätyn ongelman tai ilmiön eri tekijöistä. (Grönfors 2001, 124.) Havainnointi vaatii kaikkien aistien käyttöä: tutkija katselee, kuuntelee, tunnustelee, haistelee ja maistelee tutkimassaan paikassa (Lappalainen 2007, 113). Havainnoinnin aikana voi tehdä muistiinpanoja, mikäli ei epäile niiden häiritsevän tilanteen luonnollista kulkua. Tärkeimmistä havainnoista tulee pyrkiä tekemään muistiinpanot mahdollisimman pian havainnoinnin päätyttyä. (Grönfors 1982, 130.) Käytän kenttämuistiinpanoja täydentämään ja tukemaan ensisijaista tutkimusaineistoa.

#### **4.2.2 Teemahaastattelu**

Haastattelun valikoituminen tutkimusmateriaalin keräämiskeinoksi oli tiedossa jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Jo aihetta pohtiessa ja aiheen varmistuttua olin suhteellisen varma, että tulen haastattelemaan ihmisiä. Haastattelun lisäksi toisena vaihtoehtona aineistonkeruumenetelmäksi oli kyselylomake. Luovuin kuitenkin kyselylomakkeen käyttämisen ideasta suhteellisen varhaisessa vaiheessa. Päädyin haastatteluun, koska ajattelin ja ajattelen edelleen, että saan haastattelun avulla syvällisempää tietoa kuin kyselylomakkeen avulla. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 34–35) mukaan haastattelu valitaan, kun kysymyksessä on vähän kartoitettu, jopa tuntematon alue. Tutkijan on vaikeaa tai jopa mahdotonta tietää etukäteen vastausten suuntaa. Haastattelun avulla saatavia tietoja voidaan myös

syventää pyytämällä esitettyjen mielipiteiden perusteluja. Lisäkysymyksiä voidaan käyttää tarpeen mukaan. Haastattelussa ei-kielelliset vihjeet auttavat ymmärtämään vastauksia ja vastausten taustalla olevat motiivit on mahdollista saada myös esiin.

Haastattelujen toteuttamiseen käytännössä on myös useita erilaisia tapoja, kuten esimerkiksi yksilöhaastattelu ja ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelun avulla ollaan kiinnostuneita siitä, miten henkilöt muodostavat yhteisen näkemyksen jostakin asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61-63.) Ryhmähaastatteluissa yleensä aiheina ovat ei-henkilökohtaiset aiheet. Jos käsitellään kuitenkin henkilökohtaisia asioita, niin käsittely on erilaisempaa kuin yksilöhaastattelussa. (Pietilä 2010, 217.) Ryhmähaastattelun heikkoutena on usein se, että ryhmässä ei uskalleta kertoa kaikkea verrattuna kahdenkeskiseen haastatteluun. Kaikki eivät välttämättä uskalla tuoda omia mielipiteitään julki ryhmähaastattelutilanteessa. Näihin asioihin vaikuttavat ryhmädynamiikka ja erityisesti valtahierarkia. Ongelmia voi aiheuttaa joidenkin henkilöiden dominoiminen ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61-63). Yksilöhaastattelujen valintaa perustelen sillä, että ikääntyneiden kotona asuvien kotihoidon asiakkaiden saaminen ryhmähaastatteluun olisi liian työlästä sekä aikaa vievää ellei jopa mahdotonta. Pitäisi löytää sopiva paikka haastattelulle ja kaikkein suurin ongelma olisi kuljetuksen järjestäminen paikan päälle. Kuljettamisesta aiheutuisi suuria kustannuksia haastateltaville tai haastattelijalle. Yksilöhaastattelun puolella oli myös se tosi seikka, että ikääntyneet ovat usein vastahakoisia osallistumaan ryhmähaastatteluihin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63). En nähnyt myöskään tarpeelliseksi selvittää, miten yksilöt muodostavat ryhmähaastattelussa yhteisen kannan tutkittaviin asioihin. Edellä luetelluista ryhmähaastattelua ei puoltavista syistä johtuen en lähtenyt myöskään tekemään ryhmähaastattelua kotihoidon työntekijöille. Yksilöhaastattelun eduksi luin myös sen, että halusin tutkimukseen mukaan yksittäisten ihmisten syvälliset kokemukset ja näkemykset tutkittavista asioista. Koen myös, että yksilöhaastattelussa ikääntyneet voivat kertoa vapaammin omista asioistaan ja kotihaastattelupaikkana on tuttu ja turvallinen. Ikääntyneen kotiin mennessä haastatteliija astuu vieraille maalle. Sensitiivisistä asioista kertominen - tässä tutkimuksessa alkoholin käytön ongelmista - vaatii myös luottamuksen muodostumista tutkijan ja haastateltavan välille.

Haastattelun valitseminen tiedonkeruumenetelmäksi ei vielä riitä, sillä on olemassa erilaisia haastattelutyyppejä. Haastattelutyypin valitseminen oli jo hieman vaikeampi tehtävä, sillä haastattelutyypien valikoima on kirjava ja osin sekava. Samoilla nimillä voidaan puhua erilaisista menetelmistä ja käyttää eri nimiä samantapaisista menetelmistä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43.) En lähde tässä erittelemään asiaa sen tarkemmin. Vaihtoehtoina haastattelutyypiksi oli avoin haastattelu ja teemahaastattelu. Avoimessa haastattelussa ideana on, että haastatteliija ja haastateltava ovat kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään ja haastattelijan tarkoituksena on luoda tilanteesta mahdollisimman

luonteva ja avoin. Vaikka haastattelu muistuttaa tavallista keskustelua ja keskustelu etenee tietyn aihepiirin sisällä vapaasti, niin haastattelussa on silti tarkoitus puhua tutkijan etukäteen pohtimista teemoista. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 30-35.)

Teemahaastattelua kutsutaan toiselta nimeltä puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Teemahaastattelu kohdentuu tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelun periaate on, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita on mahdollista tutkia tätä menetelmää käyttäen. Teemojen varassa etenevä teemahaastattelu vapauttaa lähes kokonaan haastattelun tutkijan näkökulmasta ja nostaa tutkittavien äänen esiin. Teemahaastattelu huomioi ihmisten tulkinnat asioista ja sen, että asioille annetut merkitykset kehittyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-48.)

Teemahaastattelun edellytyksenä on huolellinen aihepiiriin perehtyminen ja haastateltavien tilanteen tunteminen, jotta haastattelu on mahdollista kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne ja kaikkien haastateltavien kanssa ei välttämättä puhuta kaikista asioista samassa mittakaavassa. Teemahaastattelua voidaan pitää sopivana haastattelumuotona esimerkiksi silloin, kun haetaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-50.) Teemahaastattelu sallii haastateltavien henkilöiden mahdollisimman luontevan ja vapaan reagoinnin. Vapaamuotoisista keskusteluista voi kehittyä syvällisiä keskusteluja, joissa haastateltavat paljastavat sellaisia asioita, joita tuskin saataisiin selville muilla keinoilla. Hyvin toteutettu teemahaastattelu ottaa huomioon ihmisen sekä ajattelevana että toimivana olentona. Teemahaastattelua suositellaan käytettäväksi myös, kun ollaan tutkimassa emotionaalisesti arkaa aihetta tai tutkitaan ilmiötä, joista haastateltavat eivät päivittäin yleensä keskustele, esimerkiksi arvostukset ja ihanteet (Hirsjärvi & Hurme 1995, 8, 35). Avoin haastattelu ja teemahaastattelu sopisivat molemmat haastattelutyypiksi tutkimukseeni, mutta valitsin näistä kahdesta teemahaastattelun. Valitsin teemahaastattelun, koska haastateltavat ovat ikääntyneitä ja tutkimuksen aihe on arkaluonteinen.

Teemahaastattelun valinnan jälkeen aloitin teemojen rakentamisen. Haastattelun teemoiksi ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla muodostuivat ajatukset omasta elämästä, päihdepalvelut Tampereella sekä kohtelu ja tiedonsaanti. Kotihoidon työntekijöiden haastattelun teemoiksi tulivat kokemukset ikääntyneiden päihteidenkäytöstä, kokemukset ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kohtaamisesta ja kokemukset päihteidenkäytön kohtaamiseen palvelujärjestelmän tasolla. Tein teemojen alle varalta kysymyksiä, koska en omaa kokemusta teemahaastattelusta ja halusin ruokkia keskustelua tarvittaessa niiden avulla. Kysymyksiä kannattaa tehdä myös siltä varalta, että haastattelu ei lähdekään käyntiin niin kuin pitäisi. Kysymykset auttavat myös, jos haastateltava on kovin varau-



tunut tai hiljainen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 103.) Joidenkin haastateltavien kohdalla teemahaastattelurunkoa kysymyksineen noudatettiin erityisen tarkastikin, koska haastateltavan vastaukset olivat hyvin niukkasanaisia.

Haastattelujen tekemisen ajankohta venyi pitkälle kevääseen 2011, sillä sain tutkimukselle tutkimusluvan 11.5.2011. Haastattelin viittä kotihoidon naistyöntekijää. Ensimmäisen kotihoidon työntekijän haastattelun pääsin toteuttamaan 19.5.2011. Viimeinen työntekijä haastattelu oli 27.5.2011. Ajallisesti pisin haastattelu kesti noin 47 minuuttia ja lyhyin 32 minuuttia. Kaikki työntekijöiden haastattelut menivät suhteellisen hyvin ilman mitään ongelmia. Kotihoidon asiakkaiden haastattelut alkoivat 25.5.2011. Kaksi ensimmäistä haastattelemaani kotihoidon asiakasta oli yli 65-vuotiaita naisia. Ensimmäisessä haastattelussa oli yksi ulkoinen häiriötekijä, kun haastateltavan puhelin soi kesken haastattelun. Laitoin nauhurin paussille ja puhelun jälkeen jatkoimme haastattelua pienten teknisten ongelmien jälkeen.

Kotihoidon asiakkaista oli kolme miestä ja iältään alle 65-vuotiaita. Vanhin noista kolmesta oli 64-vuotias ja nuorin 59 vuotta. Näistä 64-vuotiaan miehen haastattelu epäonnistui lähes täysin. Tämä johtui siitä, että henkilöllä oli erittäin huono muisti ja neurologisia vaikeuksia. Näistä seikoista johtuen hänen ulosantinsa oli heikkoa ja haastattelu kesti kaikkinsa vain noin 17 minuuttia. Positiivisena asiana ja huomiona jäi haastattelusta kuitenkin hyvä havainnointimateriaali, jota olen käyttänyt tutkimuksen aineistona. Kyseisen haastattelun jälkeen ajattelin, että on vielä löydettävä ainakin yksi haastateltava kyseisen henkilön tilalle.

Nuorimman eli 59-vuotiaan miehen haastattelu meni muuten hyvin, mutta hänellä oli aikaa haastatteluun vain noin puolisen tuntia. Haastateltava kertoi haastattelun jälkeen nauhurin sulkeuduttua, että oli mennyt tilaamaan taksin haastattelun ajankohdan lähelle. Tällä hän oli varmistanut haastattelun aikaisen tai ennen aikaisen loppumisen. Mies kertoi, että hänellä oli kiire kauppaan. Taksin tilaamisen todellinen syy lienee ollut haastattelun jännittämisessä, niin kuin hän itse kertoi heti haastattelun alkupuolella. Pidin haastattelun lyhyttä harmillisena, sillä miehellä olisi ollut paljon kokemusta useista eri päihdepalveluista Tampereella. Haastattelun jälkeen jäin miettimään lisähaastateltavien hankkimisen tarpeellisuutta. Viimeisin edellä mainitsemistani kolmesta haastateltavasta oli 62-vuotias mies. Hänellä oli aikaa haastattelulle 30.5.2011 ja haastattelu sujui oikein hyvin ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä.

Haastattelujen jälkeen olin yhteydessä Tampereen kaupungin kotihoidon yhdyshenkilöön, jonka kanssa keskustelin ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden haastatteluista. Päätin siinä samalla, että yritetään vielä löytää muutama yli 65-vuotias haastateltava. Yhdyshenkilöllä oli tuolloin pari poten-

tiaalista haastateltavaa ja sovimme, että hän kyselee mahdollisuutta päästä haastattelemaan heitä kesäkuun 2011 aikana. Haastattelut eivät kuitenkaan toteutuneet haastateltavien kieltäytyttyä. Asia jäi vähän harmittamaan siitäkin huolimatta, että kyseiset haastateltavat henkilöt olisivat olleet alle 65-vuotiaita. Kotihoidon yhdyshenkilön kanssa sovittiin, että yritetään vielä kesän aikana saada haastateltavia syksyille 2011. En hirveästi pitänyt haastattelujen aikataulun venymisestä syksyyn, sillä tarkoituksena oli päästä mahdollisimman pian litteroimaan aineistoa. Yksi painavimmista syistä odottaa syksyyn haastattelujen jatkamista oli se, että tutkimusasetelma saattaisi muuttua, mikäli suurin osa haastateltavista kotihoidon asiakkaista on alle 65-vuotiaita. En missään tapauksessa halunnut muuttaa tutkimusasetelmaa.

Elokuu 2011 oli käännteentekevä tutkimuksen jatkumisen kannalta. Kotihoidon yhdyshenkilö oli yhteydessä ja kertoi löytäneensä kaksi yli 65-vuotiasta potentiaalista haastateltavaa. Haastateltavilta saatiin suostumus haastatteluun, mutta haastattelujen ajankohdat menisivät elokuun loppuun ja syyskuun alkuun. Haastatteluiden ajankohtien viivästymiselle oli looginen selitys, sillä molemmat haastateltavat olivat elokuussa pitemmän aikaa päihdekuntoutuksessa. 29.8.2011 haastattelin 82 -vuotiaasta miestä ja 2.9.74 -vuotiaasta naista. Haastattelut menivät hyvin ja materiaalia kertyi mukavasti, sillä molemmilla haastatelluilla oli runsas ulosanti. Olin kaikinensa tyytyväinen koko haastattelu-repertuaariin ja materiaalin runsauteen. Kaiken kaikkiaan kotihoidon asiakkaiden haastattelujen kesto vaihteli 17 minuutista 1,5 tuntiin.

#### **4.2.3 Havainnointi**

Hirsjärvi & Hurme (1995, 17) väittävät, että kaikki tieteellinen tieto pohjaa todellisuudesta tehtyihin havaintoihin. Kullakin tieteenalalla on omat observointimenetelmänsä. Havainnointia on mahdollista käyttää tarkkailtaessa sekä käyttäytymistä että kielellisiä ilmaisuja. Observointi voi olla joko reaktiivista tai ei-reaktiivista. Reaktiivisessa observoinnissa havainnoinnin kohde on tietoinen siitä, että häntä havainnoidaan, kun ei-reaktiivisessa observointi on salaista. Tieteellinen observointi voi olla hyvin informaalia tai täysin systemaattista ja kontrolloitua havainnointia. Informaali observointi on kyseessä esimerkiksi haastattelun yhteydessä suoritettavassa tarkkailussa. Observointia on mahdollisuus käyttää rinnan muiden menetelmien kanssa. Käytän havainnointia tutkimuksessani täydentämään haastatteluja ja monipuolistamaan tutkittavaan ilmiöön liittyvää tietoa. Eri aineistot voivat selittää toisiaan, mutta ne voivat myös kyseenalaistaa toinen toistaan (Ruusuvuori & Nikander & Hyvärinen 2010, 43). Havainnointi on järkevää ja tarpeellista yhdistää haastatteluihin, kun kyseessä on ihmisten välisen vuorovaikutuksen tutkiminen. Yhdistäminen mahdollistaa ihmisten sosiaalisten merkitysten ja yhteisön normien kytkemisen havaittavaan toimintaan ja ihmisten väli-

seen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutusta voi tutkia myös pelkästään esimerkiksi teemahaastattelulla, mutta silloin on kyseessä epäsuora tiedonhankinnan väline. (Pöntinen 2004, 87.)

Tieteellisellä havainnoinnilla on vaatimuksia, jotka erottavat sen arkipäivän tarkkailusta. Systemaattisuus kuuluu olennaisena osana tieteelliseen havainnointiin. Tutkijan tehtävänä on eristää tilanteen kannalta olennaisia asioita tarkkailun kohteeksi. Hypoteesi ohjaa yleensä tätä tehtävää. Havainnoinnin tulee täyttää samat kriteerit kuin muidenkin tiedonkeruumenetelmien. Sen tulee olla objektiivista, validia, toistettavissa ja reliaabelia. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 17–18.) Observoinnin aikana tehdään havaintoja, joita ei koskaan itsessään saa tulkita ”tuloksina”. Tämä siksi, että asioita ei voi ottaa suoraan sellaisina kuin miltä ne näyttävät. Havaintojen tehtävänä on olla johtolankoina, joita tietyllä tavalla tulkitsemalla voidaan päästä havaintojen ”taakse”. (Alasuutari 1999, 78.)

Havainnoinnin avulla voidaan tavoittaa sellaisia käyttäytymismuotoja, joita tutkittavat haluavat pitää salassa. Tutkimuksessa yritin ensimmäisellä tapaamiskerralla tarkkailla ikääntyneiden ja kotihoidon työntekijöiden välistä vuorovaikutusta, tosin vaihtelevalla menestyksellä. Havainnointi osoittautui vaativaksi ja tarkaksi toimenpiteeksi. Havainnoinnin sanotaan olevan menettelynä erittäin vaativa ja edellyttävän huolellista koulutusta (Hirsjärvi & Hurme 1995, 18).

Havainnointi voidaan jakaa erilaisiin asteisiin. Asteet vaihtelevat täydellisestä piilohavainnoinnista totaaliseen osallistuvaan havainnointiin. Tutkijan rooli ja havainnointimahdollisuudet vaikuttavat aste-eroihin. Tyypillisesti havaintojen tekeminen yhdistetään osallistumiseen, jolloin voidaan puhua osallistuvasta havainnoinnista. Käytännössä tämä tarkoittaa, että joissakin tilanteissa tutkija tarkkailee ja joissakin osallistuu. Osallistuvassa havainnoinnissa on mahdollista käyttää apuvälineenä myös muita aisteja kuin kuulo ja näkö. Tunteita voi hyödyntää joidenkin ilmiöiden ja asioiden tarkastelussa. (Grönfors 2001, 129–131.) Keskeistä osallistuvassa havainnoinnissa on se, että vuorovaikutus tapahtuu pitkälle tutkittavan ehdoilla. Tutkijan osallistumisen tapahtumien kulkuun pitäisi olla vähäistä tai sitä ei pitäisi olla ollenkaan. (Grönfors 1982, 93.) Mietin pitkään ennen haastattelujen ja havainnointien aloittamista, että mikä on roolini havainnoinnissa. Olenko pelkkä tarkkailija vai osallistunko myös havainnointiin? Tulin siihen tulokseen, että tutkijan läsnäolo kentällä on aina osallistumista johonkin. Lappalainen (2007, 113–114) on miettinyt myös havainnoinnin ja osallistuvan havainnoinnin eroa. Havainnoinnin ja osallistuvan havainnoinnin rajanveto voi olla hankalaa, mutta tutkimuksen raportoinnin kannalta tarkoituksenmukaista. Havaintojen saattaminen tekstuaaliseen muotoon mahdollistaa tarvittaessa havaintojen analysoinnin. Näin ollen kenttämuistiinpanojen kirjoittaminen on olennainen osa etnografista tutkimusprosessia.

Kenttämuistiinpanojen kirjoittaminen voidaan nähdä aineistontuotannon muotona, jolloin aineiston synty on sosiaalinen prosessi. Tässä prosessissa kirjoittaja kirjoittaa ylös asioita ja samalla ikään kuin huomaamattaan merkityksellistä ilmiötä. Muistiinpanoihin vaikuttaa väistämättä esimerkiksi tutkijan lukemat tekstit ja elämänhistoria. Kenttämuistiinpanot voivat olla refleksiivisiä, mikäli tutkija tarkastelee niissä kriittisesti huomioiden millaisten olettamusten, käsitysten ja uskomusten varassa on ollut liikkeellä. (Lappalainen 2007, 113–115.)

Lappalaisen (2007, 115–116) mukaan kenttämuistiinpanoja on hyvä tehdä heti jo kentällä. Hän itse käytti kynää ja vihkoa kenttämuistiinpanojen tekemiseen, kun havainnoi tutkimuksessaan päiväkodin lapsia. Mietin kynän ja pienen lehtiön käyttämistä havainnoinnin tukena, kun esimerkiksi havainnoin kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Luovuin kuitenkin jo heti alkumetreillä ajatuksesta käyttää muistiinpanovälineitä. Yhtenä merkittävänä tekijänä kynän ja lehtiön jättämiseen pois havainnoinnista oli se, että halusin tilanteen olevan mahdollisimman autenttinen. En halunnut, että kynän ja lehtiön näkyvillä oleminen vaikuttaisi siihen, miten esimerkiksi kotihoidon työntekijä ja asiakas kommunikoivat keskenään. Ajattelin, että jo pelkkä läsnäoloni vaikuttaa varmasti jollakin tasolla kotihoidon työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutukseen. Mietin myös sitä, että jos olisin käynyt välillä vessassa merkkäämässä esimerkiksi tukisanoja lehtiöön. Luovuin tästäkin ajatuksesta kuitenkin hyvin nopeasti, sillä pidin sitä jotenkin sopimattomana paikkana muistiinpanojen tekemiseen. Eskolan (1975, 139) mukaan pesuhuone, porraskäytävä ja hissi voivat toimia tyypillisinä paikkoina tehdä kentällä lyhyitä merkintöjä sekä muistiinpanoja.

Tein havaintoja kotihoidon asiakkaiden luona ja painoin niitä mahdollisimman tarkasti mielen sekä muistin sopukoihin. Näitä asioita merkitsin sitten ylös paperille siinä vaiheessa, kun olin linja-autossa matkalla kotia kohti tai viimeistään kotiin päästyäni. Merkitsin paperille vain muutamia tukisanoja, joita pystyin hyödyntämään kenttäpäiväkirjassa. Lappalainen (2007, 127) korostaa havainnoimalla kerätyn etnografisen aineiston suodattuneisuutta: kaikkea ei voi havaita eikä kirjata. Pysin kirjoittamaan kenttäpäiväkirjaa aina haastattelujen jälkeen samana päivänä, kun havainnot olivat kirkkaana mielessä. Kenttäpäiväkirjaan tuli muistiinpanoja kaikkina 35 sivua. Mikäli aika kenttäpäiväkirjaan kirjoittamiseen venyi muutamasta päivästä pidempään, niin muistikuvat ja havainnot sumenivat. Osa havainnoista saattoi myös muuttua muotoaan eikä kaikkea havaitsemaansa enää muistanut, ei ainakaan kovin yksityiskohtaisia asioita. Tässä kohtaa onkin aiheellista pohtia havaintojen reliabiliteettia ja tarkastella tekemiään havaintoja kriittisesti. Reliabiliteetin arvioimiseen tulee käyttää kahta mittavälinettä ja niiden tuloksien pitää olla yhtäpitäviä. Kahden mittavälineen käyttö merkitsee yleensä kahta havainnoitsijaa, joiden saamat tulokset laitetaan vertailuun re-

liabiliteetin saamiseksi. Mikäli kahta havainnoitsijaa ei ole käytettävissä, niin tutkijan havainnoineista ei saada kovinkaan reliaabelia kuvaa. (Eskola 1975, 139.)

Tarkastellessani kenttäpäiväkirjaa syvällisemmin huomasin havainnointiin liittyviä puutteita. Tarkempaa kuvausta olisi voinut tehdä ilmeistä, eleistä, pukeutumisesta, liikkumisen tavoista, tunnoista ja tuoksuista. Lappalainen (2007, 127) korostaa havainnoimalla kerätyn etnografisen aineiston suodattuneisuutta: kaikkea ei voi havaita ja kirjata eikä kaikkea kirjattua saa aineistoksi. Seuraavassa alaluvussa tutustutaan etnografiaan, johon havainnointikin kiinteästi liittyy. Eskolan ja Suorannan (2008, 103) mukaan ”etnografia on havainnoinnin muoto, joka tapahtuu kauttaaltaan sosiaalisen todellisuuden luonnollisissa olosuhteissa”.

#### **4.2.4 Etnografia**

Etnografian juuret ovat lähtöisin antropologiasta ja yhteiskuntatieteellisessä laadullisessa tutkimuksessa (Eskola & Suoranta 2008, 103; Palmu 2007b, 160). Antropologiaan liittyvä etnografinen tutkimus on kiinnostunut yhteisön tai ryhmän tavasta rakentaa sosiaalista todellisuutta ja luoda merkityksiä (Hammersley & Atkinson 1995, 10-11, 176). Sosiologisesti suuntautuneen etnografisen tutkimuksen keskiössä on tutkittavan kohteen sisäinen kulttuuri ja kieli. Niiden avulla voidaan ymmärtää tapoja käsitellä ja merkityksellistää tutkimuksen kohteena olevia teemoja. (Weckroth 2006, 30.)

Etnografian käsitteen alkuperä on Kreikassa ja sana ”ethnos” tarkoittaa kansaa tai heimoa sekä sana ”graphia” kirjoitusta (Opas 2004, 153-182). Kirjaimellisesti tulkittuna ”etnografia” liittyy ihmisen kuvaamiseen tai ihmisestä kirjoittamiseen (ks. Salo 1999). Etnografiaan on useita eri näkökulmia ja määrittelyjä. Se nähdään myös tutkimisen tyylinä tai lähestymistapana. Väljästi määriteltynä etnografia on tutkimusmatka, jonka aikana työstetään tutkimusmateriaalia ja ollaan lähellä tutkimuskohdetta. (Rantala 2007, 127.) Etnografian avulla on mahdollista tutkia ihmisen jokapäiväisen ja arkisen elämän kokemuksia ja tunteita (Gordon ym. 2000, 17). Etnografista tutkimusotetta on hyvä käyttää silloin, kun yritetään ymmärtää tutkimuksen kohteena olevien ihmisten tapoja hahmottaa asioita ja ympäröivää maailmaa. Välttämättömäksi etnografisen tutkimusotteen käyttäminen muuttuu siinä vaiheessa, kun tutkimuksen kohde on tutkijalle outo ja vieras maailma. (Rastas 2010, 65.) Tässä tutkimuksessa voidaan todeta tarvittavan etnografista tutkimusotetta, sillä ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden maailma - jossa he elävät alkoholin ongelmakäyttöineen - on totaalisen erilainen ja vieras kuin meidän ei eläkeikäisten maailma.

Etnografian keinoin voidaan myös kirjoittaa tutkijan omista kokemuksista, jolloin kysymyksessä on autoetnografia. ”Tavoitteena on ymmärtää ja kuvata toisten kokemuksia analysoimalla omia tutkittavien parissa syntyneitä kokemuksia käyttäen itsereflektiota ja reflektointia”. (Opas 2004, 153-182.) Autoetnografiaan kuuluu tutkijan kriittinen reflektio, jossa tutkijan tulee tiedostaa, kuinka hänen sosiaalinen ja kulttuurinen positionsa vaikuttavat tutkimukseen (Ettorre 2010, 488). Etnografiseen tutkimukseen vaikuttavat tutkijan oma historia, tieto ja tunteet. Tutkija on oman tutkimuksensa väline. (Rantala 2006, 231.) Tutkijan tulee kirjoittaa ja selittää tutkimuksessaan oma sekä tutkittavan positio, koska ne vaikuttavat tutkimusprossiin.

Autoetnografiassa tutkija käyttää omia kokemuksiaan yhdessä muiden osallistujien kanssa täydentämään tutkimusta. Autoetnografioissa voidaan käyttää erilaisia esittämisen muotoja, kuten lyhyitä kertomuksia, runoja ja taiteellisia tulkintoja. Autoetnografia termi otettiin käyttöön vuonna 1979 ja se viittasi antropologisiin tutkimuksiin. Terminä se on eräänlainen sateenvarjokäsitys, sillä sen alle luetaan kuuluvaksi useita eri lajityyppejä. (Ellis & Bochner 2000, 733-768.)

Autoetnografia on kasvava kvalitatiivinen tutkimusmetodi, joka mahdollistaa kirjoittajan kirjoittavan hyvin persoonallisella tyyllillä (Wall 2006, 1). Tyypillisesti autoetnografiassa kirjoitetaan ensimmäisessä persoonassa, jotta tutkija voi kriittisesti tarkastella omia kokemuksiaan (Stanley 1993, 49). Ensimmäisessä persoonassa kirjoittaessaan tutkija katselee asioita edestakaisin liikkuvan etnografisen laajakulmalinssin läpi. Linssin kohdentaminen ulospäin tuo esiin tutkijan sosiaaliset ja kulttuuriset näkökulmat henkilökohtaisine kokemuksineen. Sisäänpäin zoomaus paljastaa tutkijan haavoittuvuuden ja kulttuuristen tulkintojen vaikutukset. (Ettorre 2010, 483.) Etnografisessa tutkimuksessa on myös hyvä kirjoittaa eri aikamuodoissa, sillä eri aikamuodot tuovat parhaiten esiin tutkimuksen kerrostuksellisuuden ja prosessin (Palmu 2007a, 148). Tässä tutkimuksessa käytetään ”minä” –muotojen lisäksi eri aikamuotoja.

Autoetnografia tarjoaa mahdollisuuden henkilökohtaisten kokemusten esille tuomiseen ja tätä kautta kasvattaa yhteiskunnallista ymmärrystämme (Wall 2008, 38). Omien kokemusten mukaan ottaminen myös laajentaa käsitystämme sosiaalisista ilmiöistä. Autoetnografia perustuu postmoderniin filosofiaan ja liittyy kasvavaan keskusteluun sosiaalitutkimuksesta. Autoetnografiassa on tarkoitus huomioida omakohtaisen ja kulttuurisen erottamaton yhteys sekä tehdä tilaa ei perinteisille tutkimuksille. (Wall 2006, 1.)

Autoetnografiassa yksilö on sekä tutkijasubjekti että tutkija, joka myös tutkii ja ymmärtää itseään (Stanley 1993, 49). Sen avulla voidaan saavuttaa näkökulma omien kokemusten ymmärtämiseen (Sutton 2010, 79). Autoetnografiaan kuuluu rikkaus ja monimutkaisuus, jotka liittyvät tutkijan

omaan ajatteluun sekä olemiseen tässä maailmassa. Tutkija voi kertoa ja tuoda esiin omaa ajatteluun muistin sekä kielen avulla. Tutkija on myös osa sosiaalista maailmaa. (Davies & Cannon 2006, 3.) Uotisen (2010, 178-179) mukaan autoetnografia tapahtuu tutkijan päässä ja tutkija muodostaa omat käsitykset sekä käytännöt tutkimusprosessiin liittyen. Autoetnografian vahvuus on tuoda näkyväksi niitä emotionaalisia ja kehollisia asioita, joita analyttiset menetelmät eivät huomioi (Davies & Cannon 2006, 3). Autoetnografiaa on käytetty akateemisissa tutkimuksissa, jotka käsittelevät fyysistä ja psyykkistä kipua sekä sairautta (Stanley 1993, 49). Tässä tutkimuksessa autoetnografiaa on käytetty ja hyödynnetty lähinnä kenttämuistiinpanojen kautta. Tutkijan omat kokemukset ja ajatukset eri asioista sekä ilmiöistä tuovat oman mausteensa kenttämuistiinpanoihin.

#### **4.2.5 Fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa**

Tutkimukseni yksi tärkeä palanen on kokemuksen tutkiminen ja sen tulkinta. Tutkittavien kokemuksen kuvaus ja tulkitseminen ovat keskeisiä päämääriä. Aineiston ja kirjallisuuden vuoropuhelu muodostavat tulkinnan. Judén-Tupakka (2007, 65) painottaa, että fenomenologia menetelmänä käy sellaisten ilmiöiden tutkimiseen, joita on tutkittu vähän ja jotka ovat prosessinomaisia ilmiöitä. Laitinen & Pohjola (2009, 88) näkevät ilmiöt moniulotteisina ja samalla yhteiskunnallisina, kulttuurisina sekä yksilöllisinä. Fenomenologiaa sopii käytettäväksi myös sellaisissa tapauksissa, jos tarjolla oleva tieto on voimakkaasti esioletusten värjäämää tai niin sanottua hiljaista tietoa (Judén-Tupakka 2007, 65). Tämä tutkimus sijoittuu aiheeltaan ja ilmiöltään kenttään, jota on tutkittu todella vähän. Lisäksi kentältä saatava tieto kotihoidon asiakkaiden ja osaltaan myös kotihoidon työntekijöiden antamana on niin sanottua hiljaista tietoa, joka on äärimmäisen arvokasta tutkimuksen kannalta.

Miettisen & Pulkkinen & Taipaleen (2010, 12) mukaan fenomenologia eli kokemuksen tutkiminen on kuvailevaa tiedettä, jonka tarkoituksena on pitäytyä kiinni tutkittavissa ilmiöissä menetelmällisin keinoin. Siihen keskiöön kuuluvat elämismailma ja tutkittavan kohteen kokemukset. McWilliam (2010, 229) pohtii fenomenologian olevan yksinkertaisimmillaan ilmiön etsimistä, löytämistä ja ymmärtämistä. Varto (1992, 85-86) korostaa, että tutkimuskohde on jo itsessään tutkijalle ilmiö. Tällä tarkoitetaan, että kysymisen ja tutkimisen tapa tulevat lähelle merkityksiä, jotka ovat olemassa ihmiselle. Fenomenologiassa ilmiöllä on merkittävä rooli, sillä tutkija on saatava suoraan asiaan ilman etukäteen suunniteltuja teorioita tai käsityksiä. Miettisen & Pulkkinen & Taipaleen (2010, 10-11) mukaan fenomenologisen tutkimuksen yksi tehtävä on näyttää miten me koemme todellisuuden. Päämääränä on kuvailla jonkun ihmisen subjektiivinen kokemus ja yrittää esittää se aitona, sellaisena kuin se on.

Fenomenologia on saanut vaikutteita hermeneutiikasta, joka alkujaan on tarkoittanut pyhien tekstien tulkintaa (Judén-Tupakka 2007, 64). Hermeneutiikan sanotaan olevan teoria ymmärtämisestä ja tulkinnasta (Laine 2007, 31). Hermeneutiikan syvin ajatus on merkityksien etsiminen ja keskeiset käsitteet ymmärtäminen sekä tulkinta. Merkityksiä etsitään esiintyvistä ilmiöistä ja merkitykset läpäisevät kulttuurin sekä sosiaalisen todellisuuden. Ymmärtämistä pidetään tulkintana, jonka suunta on kielen ilmaisuista sosiaaliseen todellisuuteen. On myös hyvä muistaa, että kaikki ymmärtäminen pohjaa jo aiemmin ymmärrettyyn. (Judén-Tupakka 2007, 64.)

Fenomenologisen tutkimuksen historian juuret viittaavat Edmund Husserliin ja 1900-luvun alkuun. Husserl halusi perustaa fenomenologiasta ankan perustavan tieteen, koska hän ei nähnyt filosofiaa tieteenä. Hänen tarkoituksenaan oli kehittää fenomenologiasta ennakko-oletukseton eli absoluuttinen tiede, jonka tutkimuskohteena on puhdas kokemus. Elämismaailmasta tuli fenomenologian perusta. Elämismaailmalla tarkoitetaan puhtaan kokemuksen maailmaa ja empiiristen tieteiden ja arkikokemuksen tasolla kulttuuristen traditioiden välittämää maailmaa. (Niskanen 2009, 100-103.)

Husserlin oppilasta Martin Heideggeria voidaan pitää hermeneuttis-fenomenologisen tutkimusperinteen merkittävimpänä henkilönä (Niskanen 2009, 104). Heidegger teki muutoksia hermeneutiikkaan laajentaen sen koskemaan ihmisen olemassaoloa. Muutoksien myötä tulkinta ja ymmärtäminen ovat osa ihmisen olemista. (Perttula & Latomaa 2009, 12.) Heideggerin mukaan on kiinnitettävä tarkasti huomioita asioihin, jotka jäävät piiloon ja jotka ovat olennaisia ensin näyttäytyvälle. Heideggerin fenomenologisen hermeneutiikan keskipisteessä on kaiken olevan tutkiminen ontologiasta näkökulmasta. Ontologiaa<sup>11</sup> pidetään ihmistieteiden perustana. (Niskanen 2009, 104.)

Yksi tärkeimmistä fenomenologian suunnannäyttäjistä on myös Maurice Merleau-Ponty. Merleau-Ponty korostaa ruumiillisuuden merkitystä kokemuksessa ja hän kehitti eteenpäin Husserlin muokkaamaa eletyn ruumiin käsitettä. Merleau-Pontyn filosofia lähtee liikkeelle havainnoista ja havainnon kokemuksista. Tässä kiinteästi on mukana myös maailman ruumiillisuus. Koemme ja tunnemme maailman ruumiimme kautta. Fenomenologian avulla voimme tarkastella sitä, miten maailma meille näyttäytyy. Merleau-Pontyn fenomenologiassa käytetään menetelmänä reduktiota, jota kuvaa parhaiten ihmettely maailman edessä. Ihmettelystä on tärkeää mitä ja miten jokin on sekä miten jokin ilmenee. Ilmiöt ja niiden ilmenemisen tapa ovat fenomenologisen asenteen keskiössä. (Hottonen 2010, 134-136.)

---

<sup>11</sup> Ontologia on yksi metodologian käsitteistä. Ontologia tarkoittaa kysymystä olemisen tavasta, laadullisessa tutkimuksessa ihmiskäsitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009)



Merleau-Ponty on tutkinut fenomenologista ruumiillisuuden ajattelua. Ruumiin avulla meillä voi olla tietoa ja se on siteemme maailmaan. Ruumiillisen subjektin ymmärtämiseen tarvitsemme maailmaa. (Hotanen 2010, 138-139.) Merleau-Pontyn mukaan olemisen elementit ovat kehollisia ja vuorovaikutuksellisia. Tämä vaikuttaa myös työnteon kulttuuriin ja ammattilaisuuteen, jotka kasvavat ihmisen ja maailman suhteessa. Omassa tutkimuksessani Maurice Merleau-Pontyn fenomenologia tarjoaa näkökulmia kotihoidon työntekijöiden ammattikulttuuriin. Merleau-Pontyn fenomenologiassa kehollisuus, olemassaolo, kokemus ja tietämys nivoutuvat yhteen. Huomiota kiinnitetään yksilön ja ympäristön yhtymäkohtaan. Ammattikulttuuria voidaan pitää yksilön ja yhteisön sekä toimintaympäristön yhteenliittymänä ja yksilön tulkintana tästä: se rakentuu ja tulee eletyksi kotihoidon työntekijän ruumiillisessa suhteessa työhön, liikkeessään suhteessa asiakkaaseen, työtovereiden välisessä etäisyydessä tai läheisyydessä. (Tiili 2011, 93-94.) Havainnoinnissa olen ottanut osaa tähän ammatilliseen ja kulttuuriseen elämismaailmaan. Havaintoni ja kokemukseni pohjautuvat yhteiseen viitekehykseen, jonka tulkintaan käytin omaa kehoani ja henkilöhistoriaani. Kenttätyö mahdollisti kotihoidon työntekijöiden ammattiryhmän todellisuuteen kurkkaamisen ja tätä todellisuutta todisti aistini, tunteeni sekä kokemukseni. Voidaan sanoa, että yksittäiset havainnot eivät kertoneet kotihoidon työn olemusta, mutta kokemusten tutkiminen kertoi siitä, millainen kotihoidon työntekijöiden maailma on. Kokemusten tutkiminen antoi myös viitteitä siitä, millainen ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden maailma on. Merleau-Pontyn mukaan tutkijan kokemukset voivat olla ammatin todellisuudesta todistavaa lähdeaineistoa. Tutkija voi myös tunnistaa tutkittavan ilmiön merkityksellisiä piirteitä ja monipuolistaa analyysia fenomenologiaa käyttämällä. (Tiili 2011, 95-97.)

#### **4.2.6 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka**

Luotettavuus on tutkimuksen teon peruslähtökohtia. Varton (1992, 103) mukaan tutkimuksen luotettavuuden voi nähdä teorianmuodostuksesta ja niistä perusteista, joilla se esitetään luotettavaksi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä arviointikriteeriä. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta testataan yleensä validiteetin (tutkittu luvattua asiaa) ja reliabiliteetin (tutkimustulokset toistettavissa) käsittein. Näiden käyttöä on tosin kritisoitu, sillä niiden syntyperä on määrällisen tutkimuksen alueella. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 136.) Reliaabeliuden ja validiuden käsitteet perustuvat ajatukselle siitä, että tutkija voi päästä käsiksi objektiiviseen todellisuuteen ja objektiiviseen totuuteen. Toinen kritiikki näiden käsitteiden käyttöön juontaa juurensa siihen, että voi olla äärimmäisen hankalaa ellei mahdotonta toistaa tutkittu tilanne niin, että vastaukset ovat uudessa tilanteessa samoja kuin alkuperäisessä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185.)

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 3-12 ) mukaan esimerkiksi sisällönanalyysin yksi suurista haasteista on se, miten tutkija saa aineiston pelkistettyä ja rakennettua kategoriat niin, että niiden voidaan sanoa olevan luotettava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan suuri tehtävä on kyetä näyttämään tuloksen ja aineiston välinen kytkös. Laadullisen tutkimuksen analyysin luotettavuus heikkenee oleellisesti, jos luokitteluperusteita ei ole esitetty. Analyysin yhteyteen on tärkeää liittää sopiva määrä alkuperäishavaintoja, kuten suoria lainauksia. Luokittelun onnistumiseen vaikuttaa dokumentoinnin selkeys ja pituus. Aineisto ja siitä tehtävät tulkinnat sekä luokittelu tulisi saattaa yhteen järkeväksi kokonaisuudeksi. Jotta tutkija onnistuu tässä, tulee tutkijan arvioida omaa tekemistään, erityisesti analyysia ja kokonaisuutta. Tämä ei ole välttämättä helppoa aloittelevalla tutkijalla. Olen tutkimuksessani pyrkinyt lukijalle kuvaamaan tutkimuksen rakentumisen ja etenemisen mahdollisimman tarkasti, jotta luotettavuus ei heikkenisi. Tutkimuksen luotettavuuden kasvattamiseksi käytin tutkimuksen analyysivaiheessa suoria lainauksia haastattelutekstistä. Tämä auttoi selkiyttämään lukijalle tietä siitä, mitä tutkittava on kertonut ja miten on syntynyt aineiston keräämisen polku. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Ruusuvuori & Nikander & Hyvärinen (2010, 27) painottavat, että tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun lukijalle esitetään tiettyjä aineiston rakentamisen elementtejä. Nämä elementit ovat aineiston kokonaisuuden näkyväksi tekeminen ja päähavaintojen muodostamisen kuvaaminen. Tutkimuksen luotettavuutta pyrin lisäämään myös triangulatiivisella tutkimusasetelmalla. Luotettavuuden tavoitteen lisäksi siinä on tarkoitus luoda hyvin kokonaisvaltainen kuva ja tuoda mukaan uusia ulottuvuuksia. Triangulaatiolla on neljä päätyyppiä, joista tässä tutkimuksessa hyödynnetään aineistotriangulaatiota. Tutkimuksessani aineistotriangulaatioon muodostavat haastattelut ja kenttäpäiväkirjan muistiinpanot. (Viinamäki 2007, 176.)

Eettiset ohjeet muodostavat keskeiset periaatteet tutkimusetiikalle, mutta joskus tutkimusta tehdessä ja valintoja miettiessä joutuu sukeltamaan ohjeiden näyttämää pintaa syvemmälle (Pohjola 2007, 14-15). Tutkimuksessani eettiset kysymykset ovat keskeisessä roolissa, koska tutkin ihmisten henkilökohtaisia kertomuksia ja kokemuksia. Olen kuljettanut mukana eettisiä kysymyksiä heti tutkimuksen tekemisen alkumetreiltä saakka. Erityisesti eettiset kysymykset ovat nousseet esiin siinä vaiheessa, kun olen miettinyt miten hankin aineiston ja miten oikeutan sen, että tunkeudun tutkittavien elämään. Olen myös miettinyt tutkimusaiheen arkaluonteisuutta ja siihen liittyen ihmisten osallistumista tutkimukseen. Kuula (2006, 62-65) korostaa, että tutkijan tulee miettiä, millaisella oikeudella voimme tutkia ja kirjoittaa toisten elämästä. Tärkeää on myös huomioida, että tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavia henkilöitä tai heidän läheisiään. Kuula (2006, 136) toteaa, että tutkijan ei tule liikaa miettiä tutkimusaiheen arkaluonteisuutta, sillä aihepiirin liian arkaluonteiseksi kokevat eivät osallistu tutkimukseen. Tällä tavalla jättäen osallistumatta tutkimukseen he määrittävät yksi-

tyisyyttään koskevan rajanvedon. Tutkijana ajattelen, että kutsu haastateltavan henkilön kotiin on eräänlainen sopimus siitä, että henkilö on sitoutunut haastatteluun ja luottaa tutkijaan. Granfeltin (1998, 40) mukaan henkilökohtaisia haastatteluja voidaan käyttää tutkimuksessa, sillä niiden avulla saadaan tärkeää yhteiskunnallista tietoa. Olen löytänyt oikeutuksen käyttää tutkimuksessa aineistona ikääntyneiden alkoholiongelmaisten kotihoidon asiakkaiden haastatteluita. Tämä oikeutus löytyy siitä, että ikääntyneiden alkoholiongelmaisten kokemuksia ei ole tuotu esiin riittävästi ja kokemuksia on tutkittu todella vähän sekä kotimaisesti että kansainvälisestikin tarkasteltuna.

Pohjola (2007, 18) tuo esille tärkeän eettisen lähtökohdan, joka tulee ottaa huomioon kaikissa tutkimuksen tekemiseen liittyvissä valinnoissa. Tutkijan tulee muistaa tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeudet ja kunnioittaminen. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun käsitellään ihmisten elämään liittyviä asioita. Tutkimuksen teossa voi joskus tulla eteen tilanteita, joissa tutkija ja haastateltava ovat tulkinnoista täysin eri mieltä. Siinä kohtaa on erityisesti hyvä muistaa haastateltavan kunnioittaminen. Erilaiset tulkinnat eivät tee tutkimuksesta epäeettistä tai epäluotettavaa. Tutkijan täytyy kuitenkin muistaa tutkimuksen tekeminen ja raportointi niin, että haastateltava ei koe itseänsä hyväksikäytetyksi tai kokonaan väärinymmärretyksi. (Granfelt 2004, 137, 150-151; Hänninen 2000, 34-35)

Tutkimukseni lähestymistapa on osittain fenomenologis-hermeneuttinen ja se jo itsessään tuo haasteita, sillä tutkijan tulee miettiä ennakkokäsityksiä ja reflektoida niitä. Ymmärrän tiedon tuottamisen liittyvän lähes poikkeuksetta suhteessa siihen yhteiskuntaan, jossa se on syntynyt. Tiedolla on aina jokin intressi ja se vaikuttaa siihen, millaiseksi tuotettu tieto muodostuu. Erityisesti yhteiskuntatieteihin liittyvä tieto on poliittista. (ks. Alldred & Gillies 2002.)

Tutkimuseettisistä asioista kaikkein tärkein on haastateltavien anonymiteetin säilyttäminen. Tämä korostuu silloin, kun on kyse arkaluontoisesta aineistosta. (Kuula 2006, 135-136.) Ennen haastatteluiden toteuttamista pyysin haastateltavilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Kävin haastateltavien kanssa ensin läpi kyseisen suostumuslomakkeen ja annoin haastateltaville mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Tässä yhteydessä painotin, että haastateltavien anonymiteetti on turvassa eikä heitä voi mitenkään tunnistaa tutkimuksesta. Ennen kuin haastateltavat antoivat suostumuksensa tutkimukseen, kerroin heille laajemmin tutkimuksesta ja tarkoituksista. (Ruusu-vuori & Tiittula 2005, 17.) Ajattelin ennen tutkimuksen suostumuslomakkeen allekirjoitusta, että jos henkilö epäröi haastatteluun osallistumista, niin en lähde häntä siihen suostuttelemaan. Ketään ei tarvinnut suostutella osallistumaan tutkimukseen. Tähän varmasti vaikuttaa se, että henkilöt olivat etukäteen saaneet tutkimuksesta kertovan lomakkeen ja saivat riittävästi miettimisaikaa asian suh-

teen. Haastateltavat pystyivät kertomaan lomakkeeseen tutustuttuaan omille kotihoiton työntekijöille etukäteen, jos eivät halunneet osallistua tutkimukseen. Kuulan (2006, 99) mukaan tutkittaville pitää kertoa tutkimusaineiston käsittelystä, kuka sitä käsittelee ja mihin aineisto päätyy. Kerroin haastateltaville, että arkistoin turvallisesti haastattelumateriaalin mahdollista jatkokäyttöä varten. Kenelläkään ei ollut tähän asiaan eriävää mielipidettä ja sain näin ollen kirjallisen luvan - haastattelun suostumuslomakkeen yhteydessä - haastattelumateriaalin säilyttämiseen tutkimuksen valmistuttua.

Tähän alaluvun lopuksi vielä pieni pohdinta tutkimukseni luotettavuudesta ja eettisyydestä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota tutkijan rooliin koko tutkimusprosessin aikana. Tätä periaatetta olen parhaani mukaan pyrkinyt noudattamaan. Etiikkaa ja eettisiä kysymyksiä jäin miettimään tutkimuksessa esiin nousseiden vaikeiden asioiden kohdalla. Millainen oikeus minulla on tutkijana tuoda asioita ja epäkohtia esille, jos niiden vaikutus voi olla haitallinen kyseistä ikäryhmää kohtaan? Pohdinnan jälkeen tulin kuitenkin siihen tulokseen, että pieni suodatin pitää olla tuloksia esitettäessä, mutta kaikkein räikeimmät epäkohdat tulee esittää mahdollisimman autenttisina. Täytyy kuitenkin muistaa, että kyseessä on ryhmä, jolla itsellään ei ole paljoa mahdollisuuksia ja ääntä yhteiskunnassa. Tutkimukseni tärkeimpiä päämääriä on saada tämän ryhmän ääni kuuluviin ja tehdä näkyväksi niitä asioita, joita tutkimuksessa tulee ilmi.

## **4.3 Analyysimenetelmät**

### **4.3.1 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysia pidetään perusanalyysimenetelmänä, jota käytetään yleisesti laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi voi olla yksittäinen metodi tai väljä teoreettinen viitekehys, jota on mahdollista yhdistää moniin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Tutkimuksessa käytin sisällönanalyysia, tarkemmin aineistolähtöistä sisällönanalyysia tutkimusaineistoni analysointivaiheessa.

Sisällönanalyysi mahdollistaa kirjoitetun ja suullisen kommunikaation analysoinnin. Sen avulla voi myös tutkia asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Laadullisen sisällönanalyysin on mahdollista edetä induktiivisesti yksittäisestä yleiseen tai deduktiivisesti yleisestä yksittäiseen. Sisällönanalyysin keskeisimpiä tehtäviä on mallien, käsitteiden ja kategorioiden kokoaminen, jotka kuvaavat tutkittavana olevaa ilmiötä supistetussa ja yleisessä muodossa. Kategorioita voidaan käyttää hyväksi, kun tutkittavaa ilmiötä yritetään käsit-

teellistä. Tutkijan ratkaistavaksi jää, keskittyykö selkeästi ilmaistuun vai ottaako mukaan analysoitavaksi myös piilossa olevia viestejä. Analyysivaihe on aina tulkitsemista, jossa katsellaan, nimeään ja yhdistetään aineistossa esiin nousseita asioita. Aineiston suorien lainausten tehtävänä on raportin luotettavuuden lisääminen ja luokittelun alkuperän osoittaminen lukijalle. Sisällönanalyysissä analyysiyksikön muodostavat sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.) Tutkimukseni analyysiyksiköksi valikoitui haastattelukatkelma eli tekstipätkä. Analyysiyksikköjen pituudessa on vaihteluita aina yhdestä useampaan virkkeeseen. Pienessä aineistossa analyysiyksikkö voi olla sana tai lause (Eskola 2007, 181). Analyysiyksikön pituus tutkimuksessani on karkeasti arvioituna noin kahdesta kolmeen lausetta. Näiden lauseiden yhteydessä on myös käytössä välittömän sanomisen konteksti, esimerkiksi haastattelijan esittämä kysymys.

Eskolan (2007, 162) mukaan aineistolähtöisessä tutkimuksessa teoria pyritään konstruoimaan aineistosta. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu määrittävät analyysiyksikköjen valinnat. Analyysiyksiköt eivät saa olla ennalta sovittuja tai mietittyjä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Aineistolähtöisen analyysin peruslähtökohta on tehdä analyysi ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia (Eskola & Suoranta 2008, 151). Täysin puhdasta aineistolähtöistä analyysiä ei ole olemassakaan, koska tutkijan alkuymmärrys ja jo olemassa oleva tieto tutkittavana olevasta ilmiöstä kuuluvat aina osaksi tutkimusta. Tutkimuksen varhaiseen vaiheeseen, jo tutkimuskysymysten muotoiluun tutkija vaikuttaa tietoisesti tai tiedostamattaan. Vaikutus tulee osaksi tutkimusta ja tutkittavaa ilmiötä tutkijan omien henkilökohtaisten kokemusten ja aiemman tiedon kautta. (Varto 2005, 23-24.) Eskola & Suorannan (2008, 151-152) mukaan tutkittavasta kohteesta tiedetyn etukäteistiedon- ja olettamuksen ei saa antaa häiritä asioihin, jotka nousevat esiin aineistosta.

Aineistolähtöinen analyysi etenee Miles ja Hubermanin (1994) jaottelun mukaan niin, että aineisto pelkistetään, ryhmitellään sekä luodaan alakategoriat, yläkategoriat ja yhdistävät kategoriat. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Pelkistämisessä on kyse aineistosta tehtävästä tutkimukselle epäolennaisuuksien karsimisesta. Karsiminen tarkoittaa tiedon tiivistämistä tai pilkkomista paloihin. Pelkistäminen tapahtuu tutkimustehtävän ehdoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101-109.)

Tutkimukseni analysointivaihe lähti liikkeelle haastattelujen purkamisella eli litteroinnilla. Kotihoidon asiakkaiden haastatteluista tuli yhteensä 106 sivua litteroitua tekstiä. Kotihoidon työntekijöiden haastatteluiden sivumäärä jäi hieman asiakkaiden vastaavasta, ollen 76 sivun pituinen. Kaikkinensa haastatteluista tuli 182 sivua litteroitua tekstiä. Laitoin litteraatioon myös naurahdukset ja hymäh-

dykset sekä tauot. Analyysin ja tutkimuksen edetessä huomasin, että naurahdukset ja hymähdykset sekä tauot eivät ole tämän tutkimuksen kannalta oleellisia asioita, joten päädyin ne poistamaan tutkimuksen tekstikatkelmista. Tein myös lainauksiin pieniä muutoksia (epäselvien sanojen poistamista), jotta tekstistä tulisi selkeämmin ymmärrettävää. Kiinnitin kuitenkin erityistä huomiota siihen, että haastateltavan originelli sanoma ja tyyli eivät vaarannu muutosten myötä.

Litteroidussa aineistossa käytin litterointimerkkinä [...], joka tarkoittaa poistettua tekstiä. Poistetuksa osuudessa voi olla myös haastattelijan kommentointia, kuten myöntelyä (”joo”, ”niin”, jne.) Samalla olen ottanut pois puhekielisiä ilmauksia (sellaisia täytesanoja kuten ”tuota”) ilman erityistä merkintää. Olen yrittänyt poistaa mahdollisimman niukasti sanoja, sillä haastateltavan sanavalintojen liika poistaminen voi vaikuttaa olennaisesti tulkintaan. Sanavalintojen vähäisellä poistamisella varmistetaan myös haastateltavan originelli sanoma ja tyyli. Täytesanojen poistamisen lisäksi jouduin poistamaan muita sanoja ilman erityismerkintää silloin, kun haastateltavien anonymiteetti piti turvata. Merkitsin kaikki aineisto-otteet kursiivilla, jotta ne nousisivat selkeästi esiin tekstin lomasta. Kenttäpäiväkirjan otteita en nähnyt tarpeelliseksi kursivoida, sillä tein niille sisennykset.

Litterointimerkkien laittamisen yhteydessä tein eräänlaisen koodauksen. Nimesin kotihoidon työntekijöiden haastattelut tyyliin T1 (tarkoittaa työntekijä haastattelua yksi) ja ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden haastattelut esimerkiksi A1. Analyysin etenemisen ja haastateltavien anonymiteetin kannalta tein vielä sellaisen asian, että sekoitin haastateltujen koodit. Näin ollen esimerkiksi analyysiluvussa oleva tekstikatkelma, jonka yhteydessä lukee T1 ei ole ensimmäinen haastateltu työntekijä. Näiden toimenpiteiden lisäksi muutin haastateltujen nimet litteroituun tekstiin. Tämän toimenpiteen tarkoituksena oli lisätä anonymiteetin turvaa ja varmistaa ettei ketään tunnisteta haastatteluun annettujen tietojen ja mielipiteiden perusteella. Aineiston pelkistämisvaiheessa alleviivasin erivärisillä tusseilla teksteihin tutkimuskysymyksen näkökulmasta tärkeitä asioita, joita haastateltavat olivat tuoneet tietooni. Tässä kohtaa otin apuvälineeksi teemahaastattelurungot (ks. tutkimuksen liiteosiot yksi ja kaksi), joka auttoivat poimimaan tutkimuksen kannalta relevantit asiat. Poiminnan jälkeen lokeroin ne eri teemojen alle. Eskola & Suorannan (2008, 151) mukaan teemat itsessään muodostavat aineistolle jäsenyyksen, josta on hyvä lähteä liikkeelle. Tämä jäsenyys tekee aineiston lukemisesta helpompaa ja mielenkiintoisempaa, kun voi lukiessaan keskittyä yhteen teemaan. Joitakin analyysiyksiköjä jouduin pilkkomaan, kun samasta tekstikatkelmasta löytyi useaan eri teemaan liittyvää tietoa. Pelkistämisvaiheessa haastavaa oli joidenkin tekstikatkelmien sijoittaminen teeman alle. Tässä vaikeaa oli se, että ei välttämättä pystynyt jakamaan tekstiä kahteen osaan, koska asiayhteydestä irrottaminen olisi muuttanut tekstin sanomaa. Näissä tapauksissa jouduin laittamaan saman tekstin kahden eri teeman alle. Analyysin myöhemmässä vaiheessa kyseiset tekstit löysivät sitten

oikean paikkansa. Pelkistämisvaiheeseen sain kulumaan paljon aikaa, sillä kävin tekstejä useaan eri otteeseen läpi, jotta pystyin olemaan varma niiden sopivuudesta ja riittävydestä tutkimuksen teemoihin. Seuraavassa esimerkki analyysiprosessin kulusta. Tämä esimerkki on tehty yksinkertaistena, mutta siitä käy ilmi, kuinka analyysiprosessi on pääpiirteissään tehty tässä tutkimuksessa. Ensimmäinen osa prosessissa on pelkistämisvaihe.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys
<i>Se huuteli yhtä sun tätä ja no onhan mulla nyttekin pikkunen tätä näin (koskettaa partaansa), mutta mä oon yrittänyt niitä ajaa. Parrasta sano sitten, että pitäs ajaa parta? Juu, nimenomaan.</i>	Käskyttäminen
<i>Mikä mun mielestä on perusasia, esimerkiksi kun tulee täällä käymään, että esittäytyys. Mutta että osa sanoo vaan, että kodinhoidosta. Et pitäs kysyä sitte mikä sun nimes on.</i>	Esittäytymättömyys
<i>Mä ärsyynnyin tään[työntekijän nimi]”. Mikä siinä ärsytti? Se alko määräileen. Mä sanoin kyllä mää osaan täällä tehdä sen mitä mä itte haluan.</i>	Määräily
<i>Sano et lääkkeitten jakoo ja roskien vienti, mutta kaikki ei vie roskiakaan. Ihmettelin sitä, kun mulla on sosiaalilautakunnan päätös, että 45 minuuttia kerran viikossa. [...] kun noi lääkkeet jakaa, niin eikö ne vois tehdä jotakin muutakin, kun se on kerran kotihoito.</i>	Epäoikeudenmukaisuuden kokeminen

Taulukko 1. Esimerkki pelkistyksistä

Seuraava vaihe oli aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tässä vaiheessa on tärkeää käydä koodatut tekstit läpi ja samalla etsiä niistä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. ”Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä”. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 110.) Tässä ryhmittelyn alkuvaiheessa totesin, että on käytännöllisempää toteuttaa analyysivaiheet tietokoneella Word-ohjelmassa. Kokosin pelkistämisvaiheessa alleviivamani asiat Wordiin niiden teemojen alle, joihin näin ne kuuluvan. Loput tekstit, jotka olin pelkistämisvaiheessa todennut irrelevanteiksi tutkimukseni kannalta, siirsin omaan tiedostoonsa. Tämän toimenpiteen jälkeen aloin tarkastelemaan tarkemmin sisältöjä aineistojen valossa ja käymään vuoropuhelua aineiston kanssa tutkimuskysymysten mukaisesti. Esimerkki tutkimukseni klusteroinnista.

Pelkistys	Alaluokka
Käskyttäminen	Huonot käytöstavat
Esittäytymättömyys	
Määräily	Negatiivinen kohtelu
Epäoikeudenmukaisuuden kokemus	

Taulukko 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

Tästä oli sitten loogista siirtyä aineiston abstrahointiin, jonka perimmäinen tehtävä on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä sekä johtopäätöksiä. Luokkien yhdistelemistä toteutetaan niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Käsitteiden yhdistelemisen tarkoitus on saada vastaus tutkimustehtävään. Abstrahoinnin tärkein tehtävä on saada sovitetuksi empiirinen aineisto teoreettisiin käsitteisiin. Johtopäätöksissä tutkija yrittää käsittää, mitä asiat ovat tutkittaville merkinneet. Toisin sanoen tutkijan tulee ottaa huomioon tutkittavien näkökulma analyysin joka vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-113.) Alla on esimerkki abstrahoinnista.

Alaluokka	Yläluokka
Huonot käytöstavat	Kohtaamisen vaikeus
Negatiivinen kohtelu	

Taulukko 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Saman tyyllisellä kaavalla olen tehnyt kohtaamisen helppous yläluokittelun. Lopuksi yhdistin kohtaamisen helppous ja kohtaamisen vaikeus yläluokat yhdeksi. Näin yläluokasta muodostui kohtaamisen vaikeus ja helppous. Tämän lisäksi tein useita luokitteluja ja niiden tuloksena yläluokaksi muodostuivat myös suhtautuminen asiakkaiden päihteiden käyttöön sekä ammattikulttuuri ja työkäytännöt muutoksessa. Nämä kolme yläluokkaa kokoa yhteen yksi isompi pääluokka, kotihoidon työkalut. Muita pääluokkia tutkimuksen analyysiosiossa ovat ikäihmisten muuttuva alkoholi- ja päihdepalvelujen käyttö.

Sisällönanalyysi eteni tutkimuksessani osittain aineistolähtöisesti induktiivisella otteella. Täysin aineistolähtöiseksi ei tutkimustani voi sanoa, sillä teemahaastattelurungon kasaamisessa on jo käytetty muissa tutkimuksissa mukana olleita teoreettisia näkemyksiä ja toisaalta myös omaa kokemusta. (ks. Eskola & Suoranta 2008). Teemoittelu ja tyypittely olivat myös tärkeitä palasia analyysiä tehdessä. Tutkimuksen teossa aineiston analyysiosuus ja teoriaosuus ovat kulkeneet rinnakkain läpi tutkimuksen. Aineisto on antanut suuntaviivoja teoriaosuuden rakentumiselle ja vaikuttanut merkit-



tävästi tutkimuskysymysten lopulliseen muotoon. Seuraavassa alaluvussa tarkemmin teemoittelusta ja tyypittelystä.

#### **4.3.2 Teemoittelu ja tyypittely**

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa lähestytään erityisesti ensimmäisellä kerralla tematisoinnin välityksellä (Eskola & Suoranta 2008, 174). Teemoittelussa painopiste on siinä, mitä kustakin teemasta on sanottu. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston jaottelusta ja ryhmittelemisestä erilaisten aihepiirien mukaan. Tämä suo mahdollisuuden vertailla tietynlaisten teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa. Ennen teemojen hakemista aineisto tulee ryhmitellä esimerkiksi sukupuolen mukaan. Ryhmittelyn jälkeen voidaan alkaa etsimään teemoja eli aiheita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Aineistosta on mahdollista kerätä siihen kuuluvat keskeiset aiheet ja siten näyttää se kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Tekstin paljoudesta on aluksi yritettävä löytää ja sen jälkeen erottaa tutkimusongelman kannalta olennaisimmat aiheet. (Eskola & Suoranta 2008, 174.) Aineiston pilkkominen on helppoa, jos aineisto on kerätty teemahaastattelulla. Helpoksi pilkkomisen tekee haastattelun teemat, jotka itsessään jäsensivät aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Teemoittelun yksi suurimmista riskitekijöistä on analysoinnin jääminen sitaattikokoelmaksi. Jotta näin ei pääsisi käymään, tulee tutkijan saada teoria ja empiria vuoropuheluun. Vuoropuhelun toimivuus näkyy parhaiten tutkimustekstissä teorian ja empirian limittymisenä toisiinsa. Teemoittelua pidetään hyvänä aineiston analyysitapana, kun halutaan esimerkiksi ratkaista jokin käytännöllinen ongelma. Tällöin esimerkiksi tarinoista on mahdollista kerätä käytännöllisen tutkimusongelman kannalta merkittävää tietoa. (Eskola & Suoranta 2008, 175-178.)

Teemoittelua ja tyypittelyä voidaan pitää veljeksinä, sillä aina ennen tyypittelyä on tehtävä jonkinlainen tarinajoukon jäsentyminen eli teemoittelu (Eskola & Suoranta 2008, 181). Toisin sanoen teemoittelu ja tyypittely kulkevat yhdessä rinnakkain läpi analyysin alkuvaiheen. Tyypittelyssä on kyse aineiston ryhmittelemisestä tietynlaisiin tyyppeihin. Teemojen sisältä esimerkiksi haetaan näkemyksille yhteisiä ominaisuuksia ja rakennetaan näistä yhteisistä näkemyksistä tietynlainen yleisty, tyyppiesimerkki. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Eskola (1975, 198) näkee tyypittelyn syntyvän kahden tai useamman muuttujan yhdistämisellä saaduista luokituksista. Tyypittelyssä typistetään ryhmä tietynlaista teemaa koskevia näkemyksiä yleistykseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Tyypien tehtävä on kuvata aineistoa laajasti ja taloudellisesti. Tarinoista on mahdollista kasata tyypillinen tilanteen kulku tai henkilökuvaus tilanteeseen liittyen. Aina ei ole pakko etsiä perinteisesti

yleistä vaan voi fokusoida huomion poikkeavien tapausten etsimiseen. Tällöin poikkeavat vastaukset ovat voimavaroja ja kiinnostavia tekijöitä. (Eskola & Suoranta 2008, 181.)

Tyyppien muodostamiseen on useita tapoja ja tässä seuraavana niistä kolme yleisintä: 1. Autenttinen. Laajasta aineiston palasesta tehdään yhden vastauksen sisältävä tyyppi. 2. Yhdistetty. Erittäin yleinen tyyppi: asiat, jotka ovat mukana lähes kaikissa vastauksissa. 3. Mahdollisimman laaja tyyppi. Mukaan kerättävät asiat ovat saattaneet olla vain yhdessä vastauksessa. Tämä tyyppi on mahdollinen, vaikka ei kuitenkaan siinä muodossaan todennäköinen. (Eskola & Suoranta 2008, 182.) Tässä tutkimuksessa ja aineistossa ei löytynyt tyyppejä (ideaalityyppejä). Tyyppi on ollut vain menetelmäni, puhetapani (asenne puhua) tai suhtautumistapani. Käytän analyysissä rinnakkain termejä puhetapa ja suhtautumistapa. Puhetapojen ja suhtautumistapojen syntymisestä sekä sisällöstä lisää luvuissa viisi ja kuusi alkaen sivulta 67. Seuraavasta luvusta alkaen pääsemme analyysiosioon.

## 5 Ikäihmisten muuttuva alkoholikäyttö

Ennen varsinaista analyysiä tutustumme lämmittelyanalyysin avulla maailmaan, jollaisen olemassa olosta ei lukijalla välttämättä ole tietoa. Elämme erilaisissa maailmoissa ja tähän haastateltavien elämän erilaisuuteen kurkistamme havainnoinnin ja ihmettelyn kautta.

Kuvaan erään haastattelemani ikääntyneen asuntoa, joka voi olla hyvinkin ”tyypillinen” alkoholiongelmaisen koti. Seuraavassa on ote kenttäpäiväkirjasta (tekstikatkelmissa on merkinä [...] tarkoittaen poistettua tekstiä).

Soitan ovikelloa ja asunnosta alkaa kuulua jonkinlaisia ääniä. Kukaan ei kuitenkaan tule avaamaan ovea. Soitan ovikelloa toisen kerran ja hetken kuluttua ovi avautuu raolleen. [...] Huomaan tuulikaappiin tullessani, että eteisen ovi on mustunut liasta. Lattiat ovat todella likaiset. Näyttää siltä, ettei asunnossa ole siivottu kunnolla todella pitkään aikaa. Menen Tanelin perässä keittiöön. Keittiön oviaukolle tullessani katson keittiöön ja olen todella järkyttynyt näkemästäni. Mietin, että miten joku voi asua ja syödä näin likaisessa keittiössä. Minulle tulee hieman kuvottava olo. Esittäydyn Tanelille ja kättelemme. [...]

Astun sisälle keittiöön ja katson ympärilleni. Haistan voimakkaan tupakansavun ja näen savun leijailevan huoneessa. En pidä tupakansavusta, koska en itse polta. Tulee hieman etova olo. Näen joka paikassa tummuneita keittiön kalusteita. Huomaan astianpesukoneen, joka on yltä päältä tummunut ja sen etuosaan on kaatunut jotakin nes-

temäistä ruokaa. Keittiössä on ikkunan edessä pirttikalusto. Taneli on asettunut istumaan toiselle puolelle pöytää. Mietin, että tässä pöydän ääressä varmaankin tehdään haastattelu. Katson vastakkaista penkkiä ja totean sen olevan pinttyneen lian peitossa. Siihen pitäisi varmaankin istua. Ei hirveästi ole muita vaihtoehtoja. [...] Penkillä on tilaa sen verran, että mahtuisin siihen istumaan. Yli puolet penkistä on sanomalehtipinojen peitossa.

[...] Olen laittanut mukana olevan repun sanomalehtien päälle penkille. Ajattelen, että en voi laittaa reppuani lattialle sillä se voi likaantua. Lattia on tummunut ja näyttää siltä, että se on tupakan purujen ja muiden murujen sekä lian peitossa. [...] Taneli sanoo, että hän polttaa tupakkaa vain tässä huoneessa. Keittiön pöydällä ei ole kovinkaan paljoa tavaraa. Pöytää hallitsee sen keskellä oleva tuhkakuppi. Tuhkakuppi on ravintoloissa käytettävän näköinen, sellainen pyöreä ja suhteellisen isokokoinen. Tuhkakuppi on täysin mustunut ja likainen. Se näyttää siltä, että se on ollut todella kovassa kuluksessa. Siihen on varmaan sammutettu tuhansia tupakoita. [...]

Yllä olevassa kenttäpäiväkirjan otteessa kuvaan tutkijan silmin haastateltavan kotia ja muun muassa sen likaisuutta. Mary Douglasin (2003, 47) mukaan lika on vain katsojan silmissä. Olen käyttänyt itseäni tutkimusinstrumenttina tehdessäni havaintoja ihmisten kodeista ja elämästä sekä peilatakseni normeihin. Roolini tutkijana on ollut lähinnä ihmettelevää. Tarkoitukseni ei ole ollut arvostella tai kritisoida haastateltavien elämää.

## 5.1 Perhe ja verkostot

Tässä alaluvussa käydään läpi haastateltavien antamia merkityksiä liittyen perheeseen ja muuhun tukiverkostoon. Aineistossa ikääntyneet kotihoidon asiakkaat tuovat esiin perheen ja omien lasten tärkeyden osana omaa elämää. Suurimmalla osalla ikääntyneitä on lastenlapsia ja heidän rooli elämän merkityksen kannalta on korvaamaton. Lastenlapsien vierailuja odotetaan kovasti ja heidän kasvun seuraaminen antaa ”virtaa” ja uskoa elämään. Aineistosta nousi vahvana esiin se tosiasia, että usea ikääntynyt koki, ettei näe lapsiaan, lastenlapsiaan ja veljiään kovinkaan tiheään. *Tyttyäriin pääasiassa, mutta hekin ovat niin täystyöllistettyjä ja toisella on neljä lasta ja toisella on kolme lasta ja päivät töissä, niin emme kovin usein tapaa. [...] (A2,20) No, ei kauheen usein, koska hän on töissä ja kiireinen. (A3,12)* Nättin & Anttilan & Väisäsen (2005, 43-44) mukaan työelämässä on tapahtunut merkittävä muutos 1900-luvun kahdella viimeisellä vuosikymmenellä. Muutos on tuonut mukanaan erilaistumisen ja eriytymisen sekä työajan rajojen haurastumisen. Riskinä näyttää olevan

elämän työkeskeisyys ja yksityiselämän marginalisointi. Tehokkuusajattelu on vienyt tilaa perhe-elämältä, jolloin julkinen ja yksityinen ajankäyttö sekoittuu. Työ näyttää syrjäyttäneen perhe-elämän toiselle sijalle jättäen perheelle yhä vähemmän yhteistä aikaa.

Ajanpuute näyttäytyy myös lasten isovanhempien huomiotta jättämisenä. Ikääntyneiden perheenjäsenien tapaamiset jäävät satunnaiseksi ja yhteydenpito ei ole niin tiheää kuin ikääntyneet haluaisivat. Taustalla saattaa vaikuttaa myös ikääntyneiden jonkin asteinen alkoholiongelma. Ei haluta esimerkiksi tuoda lastenlapsia päihtyneenä olevan mummon luo. Tällä tavalla pyritään varjelemaan lastenlapsia näkemästä mummoa humaltuneena. Samalla varjellaan myös perinteistä mummokuvaa, johon alkoholin käyttöä ei ole liitetty. Kulttuuriset normit ovat määrittäneet ja määrittävät pitkälti sovinnaisäännökset eli mikä on soveliaista ja mikä ei. Ikääntyneisiin naisiin liitetään tiettyjä mielikuvia erilaisissa sosiaalisissa positioissa. Näiden mielikuvien perusteella mummot juovat alkoholia (konjakkia tai väkevää viiniä) vain sydänlääkkeenä. (Tolvanen 1996, 29-31.) Tämän tyylinen ns. perinteinen mummokuva näyttää olevan murentumassa tai on jo murentunut. Juomatapatutkimuksissa 1960- ja 1970-luvulla havaittiin, että yli 65-vuotiaista naisista noin 90 prosenttia oli raittiita, kun miehillä vastaava luku oli noin puolet (Tolvanen 1996, 30). Vuonna 2007 raittiiden yli 65-vuotiaiden naisten osuus oli enää 40 prosenttia ja miesten 20 prosenttia (Vilkko & Sulander & Laitalainen & Finne-Soveri 2010, 145).

Ikääntyneiden puheissa lapsista puhuttiin yleisesti lämpimään sävyyn. Lasten kyläilyt nähtiin sosiaalisesti tärkeiksi tapahtumiksi, jolloin yleensä kahviteltiin ja lapset auttoivat arkisten asioiden hoitamisessa. Lapsilta saatu apu mahdollisti liikkumisen ilman apuvälineitä. *Se on kaupassa käyntiä varten. Sillonkaan mä en ota rollaattoria, jos menen esimerkiksi pojan kanssa kauppaan, elikkä mulla on kyyti kotiokkin päin. Siis sillain, ettei mun tartte odotella eikä muuta niin.* (A4,40) Lasten tarjoamaa apua ei pidetty aina riittävänä, mutta tyydyttiin siihen apuun mitä lapsilta saatiin. Avun antaminen nähtiin sukupolvikysymyksenä. [...] *Olen pettynyt vähän, että he ei paljon auta. Et se on eri sukupolvi, et mä kävin töissä ja hoidin perheeni ja sitten poikkesin lähes joka päivä äidin luona.* Hurme ja Metsäpelto (2004, 518) näkevät, että työelämän vaatimukset ovat kiristyneet. Tämän seurauksena aikuisilla lapsilla on ongelmia työn yhteensovittamisessa, omien perhesuhteiden ja ikääntyvien vanhempien tukemisessa ja auttamisessa. Anttosen (2009, 58-59) mukaan kodin ulkopuolella tapahtuva ansiotyö erkaannuttaa perheen jäsenet suvun yhteisöllisyydestä ja näin ollen tekee perheen jäsenistä yksilöitä. Perheen ja muun yhteiskunnan välinen hoivatyönjako on muuttunut naisten palkkatyöläistymisen myötä. Myös suvun yhteisöllisyys on muuttunut ajan myötä sillä tavalla, että ikääntyneet ihmiset ovat pyrkineet irti yhteisöllisyydestä. Tutkimuksissa on todettu, että Suomessa ikääntyneet hakevat apua mieluummin palveluista kuin suvusta ja perheestä (Vaarama &

Luoma & Ylönen 2006, 121). Tukeudutaan vahvasti julkisen vallan järjestämiin palveluihin ja tulonsiirtoihin (Saari 2009, 106). Yhteiskunnan muuttuminen on vaikuttanut sukupolvien ja sukupuolten välisiin velvoitteisiin sekä siteisiin. Suomessa ei ole olemassa lakia joka velvoittaisi aikuisen lapsen huolehtimaan vanhemmistaan. (Anttonen 2009, 59-60.)

Ikääntyneiden tukiverkoston aineiston perusteella pystytään liittämään naapureiden tarjoama apu. Kyseinen apu voi olla merkittävää ja jopa elintärkeää. *[...] mulle käy alakerran rouva. Se hoitaa mun jääkaappini, hoitelee ruokapuolen.* (A6,8) Naapureiden tarjoama apu voi täyttää aukkoa, johon ikääntyneiden lapsilla ei ole aikaa. Ikääntyneet toivat esiin, että tyypillisesti naapurit auttoivat päivittäisissä ja välttämättömissä askareissa (esimerkiksi postin tuominen, lumityöt). Auttaminen koettiin tärkeäksi, sillä liikkuminen oli hankalaa ja siihen tarvittiin yleisesti apuvälineenä rollaattoria. Apuvälineitä ikääntyneet korostivat käyttävänsä erityisesti kodin ulkopuolella liikkuessaan. Naapureiden välistä vuorovaikutusta ja sosiaalista tilaa voidaan kutsua tuttavuudeksi. Tuttavuus on prosessi, johon sisältyy ensitutustuminen, tutuksi tuleminen ja tuttuna oleminen. Georg Simmelin mukaan keskeistä tuttavuudelle on läheisyyden ja etäisyyden samanaikaisuus. (Pietilä-Hella 2010, 168.) Tuttavuus on osa sosiaalista tilaa, joka paikantuu läheisten ja vieraitten välimaastoon. Tuttavuus voi myös muuttaa muotoaan. Tällöin voidaan puhua merkittävästä tuttavasta. (Pietilä-Hella 2010, 164–168.)

Yhteiskunnallisessa keskustelussa yleisellä tasolla vallitsee ajatus, että nykypäivänä naapurit eivät tunne välttämättä toisiaan ja jokainen huolehtii omista asioistaan. Aineistossa esille tulleiden asioiden valossa voidaan sanoa, että naapuruusvälittämistä on olemassa. Juntton (2008, 91–99) mukaan ihmisten sosiaaliset verkostot ovat muuttuneet yksilöllisemmiksi ja naapuruston merkitys on pienentynyt. Naapuruussuhteiden on todettu olevan tiiviimpiä pientaloalueilla kuin kerrostaloissa tai vuokra-asunnoissa. Yhteisötutkimus on selvittänyt, että tiiviin yhteisön olemassaolo ei ole välttämättöntä. Nyky-yhteiskuntamme kaupunkilaisten arvomaailmaan kuuluvat heikot siteet, kuten naapuriapu, talon hyvä henki ja anonymiteetti sekä suvaitsevaisuus. Tutkimuksissa on selvinnyt, että heikotkin sosiaaliset siteet lisäävät turvallisuutta ja sosiaalista tukea. (Kytä 2004, 18–19.)

Ikääntyneiden keskuudessa liikuntakyvyn heikkeneminen ja samalla liikkumisen rajoittuminen voi olla yhteydessä myös yksinäisyyden kokemuksiin ja sitä kautta psyykkiseen hyvinvointiin. Huono terveydentila saattaa kahlita ikääntyneen kotiseinien sisäpuolelle.

*Tällä hetkellä on menossa aika alakuloinen vaihe, kun toi mun liikkuminen on vaikeaa ja luonteeltani oon sosiaalinen ja vilkas. En pääse liikkumaan sillain kun haluaisin. [...] Mun on pakko mennä taksilla, jos haluan kaupunkiin. Ovet on vaikeita ja mones-*

*sa paikassa on portaita ja liukuportaisiin en voi ton rollarin kanssa mennä. Aikasemmin totuin siihen, että käydään teatterissa ja konsertissa ja nyt en pysty menemään eikä oo sellasta kaveria ketään joka lähtis mukaan. (A2,5)*

Liikuntakyvyn rajoittuminen ja erityisesti liikkumiseen tarkoitetun apuvälineen käyttö voidaan nähdä kodin ulkopuolella liikkumista vaikeuttavana tekijänä. Sillä näyttää aineiston valossa olevan vaikutusta myös sosiaaliseen kanssakäymiseen ja sosiaalisen verkoston kapea-alaisuuteen. Routasalo (2010, 413) toteaa, että subjektiivisesti heikoksi koettu terveydentila ja toimintakyvyn huononeminen saattavat johtaa yksinäisyyden kokemuksiin. Velbergin (2007, 72) mukaan ikääntyneillä on mahdollisuus joutua sosiaalisesti torjutuiksi. Silloin takana on yhteiskunnan eriarvoisuus. Torjutuksi tuleminen tarkoittaa tilannetta, jossa ihminen ei pääse resurssien pariin. Toisin sanoen ei ole mahdollisuutta kulttuuriin pääsyyn eikä vapaa-ajanviettomahdollisuuksia. Tästä seuraa osatta jääminen ja mukana pysymättömyys yhteiskunnan uudistumisessa. Sosiaalisten suhteiden puuttuminen tai niukkuus näyttää olevan yhteydessä erityisesti sosiaalisesti torjutuksi tulemiseen. Sosiaalinen kanssakäyminen ja vuorovaikutus nähdään ihmisen oleellisimpina tarpeina.

Aineistossa nousevat esille ikääntyneiden kokemukset yksinäisyydestä. Yksinäisyys nähdään pääasiassa negatiivisena asiana. Päinvastainen näkemys löytyy myös yksinäisyydestä. [...] *toi on positiivista, niin tykkään olla yksin. Jos joku tulee tänne mun kanssa jutteleen, sanotaan nyt et viidestätoista minuutista puoleen tuntiin, niin se riittää mulle. Pärjään täällä helkkarin hyvin. [...]* (A5,102) Uotilan (2011, 20-26) mukaan yksinäisyys ja yksin oleminen voi olla ihmisen oma valinta tai olosuhteista johtuvaa. Yksin oleminen voi olla valittua ja toivottua, jolloin se koetaan positiivisena. Iäkkäät ihmiset eivät välttämättä ole yksinäisiä, vaikka kontaktit perheeseen ja ystäviin ovat niukkoja. Tässä tapauksessa ihminen saattaa hyväksyä rajoitukset ja menetykset ikään liittyvinä asioina ja olla tyytyväinen niihin ihmissuhteisiin joita on jäljellä. Routasalo (2010, 412) toteaa, että yksinäisyyden kokeminen on subjektiivista. Kun yksinäisyys koetaan negatiivisena, niin silloin on kyseessä kielteinen kokemus tyydyttävien ihmissuhteiden puuttumisesta, joka aiheuttaa kokijalle kärsimystä. Tässä tutkimuksessa yksinäisyys koettiin ja nähtiin pääasiallisesti negatiivisena asiana sekä ongelmana. Läheis- tai omaisriippuvuutta on myös havaittavissa ikääntyneiden keskuudessa. [...] *En pysty kahviakaan keittää aamulla. Odotan, että mieheni herää ja keittää aamukahvin [...]. Siitä se sitten alkaa.* (A7,9) Edellä olevan sitaatin perusteella voidaan päätellä henkilön toimintakyvyn olevan siinä määrin heikko, että hän ei ole kykeneväinen osallistumaan kodin arkirutiineihin. Suomessa puoliso on tukeutuminen avunlähteenä on edelleen merkittävää (Saari 2009, 105–106). Zechnerin ja Valokiven (2009b, 158) mukaan puolison hoivan tarve vaikuttaa pariskunnan jokapäiväiseen elämään ja myös itse parisuhteeseen. Ihmisen käsitykset itsestään ja kyvyistään pärjätä joka-

päiväisessä elämässä muuttuvat toimintakyvyn heikentyessä. Suomessa hoivaa pidetään yleensä naisten työnä ja meillä 70 vuotta täyttäneistä miehistä suurempi osa saa hoivaa vaimoiltaan kuin vaimot miehiltään. Velvollisuus ja rakkaus nähdään tärkeimmiksi motiiveiksi hoivaamisessa. Eri-tyisesti miehet painottavat naisia enemmän rakkautta hoivaamisen motiivina. (Zechner & Valokivi 2009a, 131-134.)

Näyttää, että ikääntyneiden sosiaaliset verkostot ovat suhteellisen rajalliset. Yksikään ikääntynyt ei kertonut olevansa ilman kaveria tai ystävää. Ystävien merkitys on korvaamaton avunlähde, vaikka elämme sukukeskeisessä maailmassa. Suomessa ystävien rooli on suurempi kuin suvulla, kun pyydetään apua esimerkiksi masennukseen liittyen. (Saari 2009, 106.) Yhteydenpito fyysisesti kavereihin ja ystäviin oli hankalaa välimatkan takia, joten yhteyttä pidettiin muilla keinoin. *Ei oo [...] Tampereella ketään. (A4,9) [...] Ne on töissä siel telak, asuu sen verran kaukana. (A3,31) [...] mulla on yks kaveri, joka asuu Kärkölässä ja toivoo, että mää menisin sinne, mutta se on niin rankka matka. Et hän sit soittaa miten sattuu. (A2,20)* Sosiaaliset verkostot kapeutuivat iän lisääntyessä. Kapeutumista selitetään oman ikäryhmän ystävien harventumisella, joka johtuu kuolemista. Samanlaisen elämäkokemuksen ja historian omaavan ystävän kuolema saattaa johtaa sosiaalisen aktiivisuuden heikkenemiseen ja elämänlaadun huononemiseen. (Routasalo 2010, 413.)

Yhteenvedona luvusta voidaan sanoa, että ikääntyneet toivat esiin perheen ja omien lasten tärkeyden osana omaa elämää. Erityisesti lastenlasten merkitystä korostettiin. Omien lasten auttamisen halukuudessa nähtiin parantamisen varaa. Ymmärrettiin, että lapsilla on omat elämät ja kiireensä, mutta siitä huolimatta heiltä toivottiin enemmän apua. Tutkimusten mukaan ikääntyneet hakevat kuitenkin apua mieluummin palveluista kuin esimerkiksi pyytävät sitä omilta lapsiltaan. Yllättävää on aineistossa esiin noussut naapurisuusapu ja se, että ikääntyneet saivat naapureilta yleensä tarvitsemaansa apua. Tämä on yllättävää siksi, että aikaisempien tutkimusten mukaan naapuruston merkitys on pienentynyt ja naapurit eivät välttämättä tunne toisiaan.

Huoli fyysisestä toimintakyvystä ja sen heikentymisestä nousi esiin huolenaiheena usealla haastateltavalla. Fyysisen toimintakyvyn heikentymisellä oli myös selvä yhteys psyykkiseen hyvinvointiin. Yksinäisyyden kokemukset lisääntyivät fyysisen toimintakyvyn rapautuessa. Harrastamisen mahdollisuudet ja muihin aktiviteetteihin osallistuminen harventuivat merkittävästi. Yksinäisyyden haastateltavat näkivät negatiivisena asiana yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta. Kyseinen henkilö oli tyytyväinen yksinäisyyteen ja ei tarvinnut muita ihmisiä lähelleen. Tämä on merkillistä, sillä ihminen on sosiaalinen olento ja tarvitsee jonkinlaisen sosiaalisen verkoston ympärilleen. Jokaisella

haastateltavalla oli kuitenkin ystäviä, joihin pidettiin säännöllisesti yhteyttä, tosin pääasiassa puhelimitse.

Esiin nousee perheen tärkeys ja negatiivisena asiana yhteiskuntaan tällä hetkellä liitettävissä oleva kiire, joka on johtanut ikääntyneiden auttamattomuuden vähenemiseen. Tämä on nostanut naapuruusavun uuteen merkitykseen ja monille ikääntyneille välttämättömiksi avun saannin keinoiksi. Fyysiseen toimintakykyyn kulminoituu usea asia ja sen heikkeneminen johtaa monien tekijöiden vaikutuksesta yksinäisyyden lisääntymiseen. Yksinäisyyttä voidaan pitää nykypäivän eräänlaisena sairautena, jonka parantamiseksi ei ole vielä löydetty oikeaa rohtoa tai keinoa.

## 5.2 Alkoholin merkitykset

Alaluvussa keskitytään ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden alkoholin käytölle antamiin merkityksiin. Ikääntyneiden näkemykset alkoholiin ja sen käyttämiseen olivat hyvinkin erilaisia. Alkoholin laadussa oli havaittavissa eroja. Enemmistö haastatelluista ikääntyneistä joi alkoholinsa kirkkaana viinana. Toiseksi eniten oli oluen juojia. Naisten keskuudessa juotiin myös likööriä ja viiniä. Alkoholin käyttömäärät vaihtelivat viikon aikana haastateltavien keskuudessa. Haastateltavat kertoivat juovansa yleensä laatikollisen tai lähes korin keskiolutta päivässä. Joskus alkoholia kului vähemmän. Ne ikääntyneet, jotka joivat kirkasta alkoholia, käyttivät 0,75 l kokoisen viinapullon tyhjentämiseen aikaa kahdesta seitsemään päivää. *Se on Koskenkorva, mm.. ja pari pulloa viikossa. (A2,26)* Sama henkilö sanoi, että *no, mulla on kotona välillä pullo. Nytkin on vähän tuolla viinaa, että sen mä otan sitten illalla. (A2,17)*

Edellä olevan ikääntyneen naisen alkoholin käytöstä kotihoidon työntekijällä oli aivan toisenlainen kuva. Esimerkki kenttäpäiväkirjasta kuvaa tilannetta haastateltavan luona.

Samassa makuuhuoneen ovi aukeaa ja Aune kävelee hitaasti rollaattorin kanssa olohuoneen puolelle. Hän vilkaisee meitä ja sanoo, että hän käy vessassa vähän pesulla. [...] Kotihoidon työntekijä sanoo, että Aune ottaa viinaa aika rankastikin. Työntekijä sanoo, että katso tuonne makuuhuoneen sängyn alle. Siellä on viikon sisällä juodut viinapullot. [...] Menen makuuhuoneeseen ja kumarrun katsomaan sängyn alle. Näen siellä seitsemän kappaletta tyhjiä Koskenkorvavodka pulloja. [...] Huomaan myös sängyn vasemmalla puolella olevassa nurkassa kaksi osittain tyhjää viinapulloa. Samalla työntekijä tulee makuuhuoneen ovelle ja menee ohitseni makuuhuoneeseen. Hän ottaa sängyltä Aunen käsilaukun ja avaa sen. Käsilaukussa on kolme tyhjää viinapulloa. Olen todella hämmästynyt ja en meinaa uskoa näkemääni. En oikein tiedä,



että mitä sanoisin. [...] Mietin, että voiko olla mahdollista viikon sisään juoda kaikki nuo pullo vai liioitteleeko kodinhoitaja asiaa. Ajattelen, että kestääkö naisen elimistö kymmentä pulloa viinaa viikon aikana. Aune ei kuitenkaan ole mikään isokokoinen nainen. Hän näyttää olevan normaalipainoinen ja pituudeltaan noin 170 cm.

Alkoholin suurkuluttajien on todettu juovan alkoholia säännöllisesti yli riskirajojen. Alkoholin pitkäaikainen käyttö johtaa sietokyvyn kasvuun ja fyysisen sekä psyykkisen riippuvuuden lisääntymiseen. (Nykky & Heino & Myllymäki & Rinne 2010, 12.) Haastateltavan näkemys juomisestaan oli ristiriidassa kotihoidon työntekijän käsityksen ja haastattelijan havaintojen kanssa. Tutkimuksissa ihmisten katsotaan usein kertovan alkoholin käytöstään epärealistisemmän kuvan, mitä se todellisuudessa on. Alkoholia käytetään enemmän mitä tutkijalle kerrotaan käytettävän. (Nykky ym. 2010, 8.) Juomisen määriä saatetaan vääristellä, peitellä ja jopa vähätellä. Alkoholin käytön todellisuudesta halutaan kertoa ”siloiteltu” kuva. Tähän saattaa vaikuttaa se, että alkoholin käyttöä ja kulutettuja määriä todennäköisesti hävetään. Naiset saattavat salata juomistaan pidempään ja taitavammin kuin miehet (Itäpuisto 2001, 48).

Haastateltavat ajattelivat toisten ikääntyneiden käyttävän alkoholia hyvin vaihtelevasti ja selityksiä sekä syitä löytyi useita. Yksi haastateltava kertoi kyläilevänsä ystävien tai vanhan naapurin luona. Näissä kyläilyissä oli alkoholilla oma roolinsa. Tähän rooliin sisältyi menneiden asioiden muistelua ja keskustelua perheisiin liittyvistä muistoista sekä tarinoista. [...] *Jos joku täytti pyöreitä vuosia, niin usein tarjosi.* (A2,30) Alkoholia käytetään seurustelutarkoituksessa ja erilaisissa juhlissa sekä merkkipäivien vietossa. Yleisellä tasolla voidaan puhua arki ja juhla juomisesta. Tässä kohtaa kyseessä on **juhla juomisen puhetapa**. Tigerstedin ja Törrösen (2005,42) mukaan, naiset vahvistavat juomisellaan yhteishenkeä, sosiaalisuutta ja läheisyyttä. Miehillä humaltumisen tarkoitus on hakeutua toiseen todellisuuteen.

Eräs haastatelluista kertoi tuntevansa ikääntyneitä alkoholinkäyttäjiä. [...] *se on mua vuotta vanhempi, niin välillä se on kuukauden kaks ilman, [...] ettei ne käytä sitä aina, vaan kausittain* (A5,34) Haastateltavan mukaan kaverin juominen saattaa kestää viikoista jopa kuukauteen yhtä mittaisesti. Sen jälkeen tulee taukoa kuukausi tai kaksi, maksimissaan puoli vuotta. Tämän jälkeen kaikki alkaa jälleen alusta. Kyseessä näyttäisi olevan todennäköisesti eräänlainen jatkumo, jonka saattaa katkaista vain sairastuminen, hoitoon pääsy/joutuminen, raitistuminen tai huonoimmassa tapauksessa kuolema.

Yksi haastatelluista kertoi, että ikääntyneet *ne ottaa sen mukaan, kun raha riittää. Eihän ne voi enempää sitä ottaa.* (A6,15) *Ne on oppinut siihen. Ei ne osaa sitten enää olla ilman. Ne juo talonsa*

*ja autonsa, kaikki ne juo. (A6,181)* Haastateltava viittaa alkoholikulttuuriin, joka on opittu ja omak-  
suttu osaksi elämää. Kyse on **kulttuurin määrittämästä puhetavasta**. Sulkunen (1981, 2) toteaa,  
että 1960-luvun lopussa ja 1970-luvun alussa suomalaisessa yhteiskunnassa oli erityinen alkoholi-  
poliittinen vaihe, kulttuurinen muutos meneillään. Tämä muutos totutti suurten ikäluokkien ”määrän  
sukupolven” käyttämään alkoholia. Alkoholilla on ollut ja on tietty funktio yhteiskunnassamme  
sekä ihmisten välisessä kanssa käymisessä. Esimerkiksi viinaa on viety tuomiseksi taloon jo 1800-  
luvulla Suomessa. Sillä on haluttu tuottaa saajalleen mielihyvää ja osoittaa ystävyyttä. (Peltonen  
1988, 44-45.)

*Mää käyn kattomassa yhtä kaveria tuolla. Menen sitä vähän auttaan tuolla alkoholi-  
puolella, vien pullon tuliaisia. [...] (A6,108)*

Haastateltava näyttää olevan solidaarinen kaveriaan kohtaan eikä halua jättää häntä pulaan alkoho-  
lin suhteen. Selkeästi kyseessä on eräänlainen ”kaveria ei jätetä”-mentaliteetti. *Lähiöravintola*  
(1985) tutkimuksessa miesten välinen solidaarisuus näyttäytyy sillä tavalla, että toiselle tarjotaan jos  
toisella ei ole varaa ostaa alkoholia. Ei haluta nähdä toisen kärsivän siitä, kun ei ole rahaa juota-  
vaan. (Sulkunen & Alasuutari & Nätkin & Kinnunen 1985b, 162.) Miesten juomaryhmä voidaan  
nähdä varsin erityisenä yhteisönä. Siinä pyritään eristymisen kautta siirtymään toiseen todellisuu-  
teen ja samalla yritetään torjua ulkopuolisen maailman roolit ja normit. Ryhmän ulkopuolisia ihmi-  
siä saatetaan pitää häiritsijöinä, jotka voivat olla uhka alkoholin käytön jatkumiselle. (Falk & Sul-  
kunen 1980, 123.) Tässä kohtaa tulee esiin **ryhmästä voimaa puhetapa**. Virtasen (1982, 36) mu-  
kaan kuitenkin miesten keskinäisissä suhteissa ryypyseurassa ei vallitse muuta solidaarisuutta  
kuin juomakumppanuus, jota osoitetaan ja ylläpidetään juomiseen liittyvillä riiteillä: pullo kiertää,  
juodaan samasta lasista jne. Falk ja Sulkunen (1980, 123) toteavat, että ryypyseuran solidaarisuus  
on sisällöllisesti tyhjää; ei avauduta ja kommunikointi on muutenkin niukkaa. Iloja ja suruja ei jaeta  
ryypyseurassa, vaan kukin mies on loppujen lopuksi niiden kanssa yksin.

Näkemyksiä alkoholiin ja alkoholiriippuvuuden määrittelyyn löytyi ikääntyneiden haastateltavien  
keskuudessa useita erilaisia. Ikääntyneet näkivät alkoholin hyvänä aineena, jos sitä vain osaa oikein  
käyttää. Yksi haastateltava puhui, että ei ole oikeastaan riippuvainen alkoholista. Omien sanojensa  
mukaan hän arvioi juovansa kirkasta viinaa 0,75 litraa kolmen päivän aikana. Ikääntyneiden mu-  
kaan riippuvuus alkoholiin syntyy silloin, kun alkoholia täytyy juoda merkittävä osa vuorokaudesta.  
*En oo huomannu, että olisin riippuvainen niin hirveesti tuosta alkoholista, että alkaisin aamulla  
ottaa ja vetäsin koko päivän [...] (A5,46)* Alkoholiriippuvuus nähdään oireyhtymänä, joka on mää-  
ritelty ICD-10-luokituksessa (Aalto 2010, 40). Päihteiden käytön riippuvuudesta voidaan puhua

silloin, kun kolme tai useampi kriteeri kuudesta ICD-10 tautiluokituksen<sup>12</sup> mukaan esiintyy yhdessä kuukauden ajan tai toistuvasti 12 kuukauden pituisen jakson aikana. Kyseinen tautiluokitus on WHO:n määrittämä ja sillä voidaan todeta hyvin erilaisten ihmisten päihderiippuvuus. (Koski-Jännes 2012.)

Alkoholiongelmaiseksi määrittely nähdään tulkinnanvaraisena ja kulttuurisidonnaisena. Sosiaalinen ja taloudellinen asema sekä sukupuoli ovat keskeisiä alkoholiongelmaiseksi leimaamiseen vaikuttavia asioita. Kulttuurimme ja aikakautemme vaikuttavat normaalin ja ongelmallisen juomisen rajan muodostumiseen. Tätä mietittäessä tulee ottaa huomioon se, että kuka ongelman ja ongelmaisuuden määrittelee. Alkoholin juoja saattaa kieltää alkoholiongelman olemassaolon hyvin pitkään. Asian tuntijoiden määrittelyissä näyttää olevan professioiden välisiä eroja ja erilaisia näkökulmia. (Itä-puisto 2001, 47-48.)

Edellä mainittu haastateltava selittää tyypillistä alkoholin käyttötapaansa seuraavasti: *[...] Jos mä katon jotain elokuvaa [...]. Se alkaa yheksältä ja päättyy joskus kahdentoista aikaan yöllä, niin siinä tulee neljä, viis taukoo, niin viis moukkua kerkeen ottaa siinä välissä. Ettei mulla siinä pöydän vieressä oo pulloa kädessä ja siitä huikkaa.* (A5,89) Aholan (1989, 49-50) tutkimuksen mukaan on hyvinkin yleistä nauttia alkoholia yhdestä kahteen lasillista kotona arkisin. Tällöin juominen liittyy joko television katseluun tai seurusteluun. Aholan tutkimukseen osallistuneet laskivat alkoholin kotikäytöksi humaltumisen, pienet annokset eivät merkinneet mitään. Alkoholia voitiin nauttia kotona ilman omantunnon tuskia.

Omaa alkoholin käyttöä peilattiin myös suhteessa naapureihin. Ikääntynyt kertoi oman juomisensa olevan ”tissuttelua” suhteessa naapureihin. Haastateltava oli kertonut aiemmin juovansa päivässä noin laatikollisen olutta. Yli 65 vuotta täyttäneiden alkoholinkäytön riskiraja on enintään seitsemän annosta alkoholia viikossa ja enintään kaksi annosta kerralla. Vertailun vuoksi työikäisillä terveillä ja keskipinkoisilla ihmisillä kertakulutuksen rajoina pidetään miehillä seitsemän annosta ja naisilla viisi annosta. (Vilkko ym. 2010, 143-144.) Haastateltava sanoi olevansa hyvät käytöstavat omaava alkoholisti, sillä hän ei aiheuta naapureille häiriöitä. *[...] kuuntelen ton yläkerran porukan melttamista, [...] kun on tilipäivä, niin siel otetaan muutama päivä oikein rankasti. Mulla on sellaista tissuttelua, vaikka määrää onkin paljon. Mä oon niin sanottu herrasmiesjuoppo.* (A4,14) Kulttuurimme näyttää antavan sisällön humalalle. Se määrittelee missä tilanteissa saa olla päihtynyt ja mis-

---

<sup>12</sup> 1. Esiintyy voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia. 2. Kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä on heikentynyt. 3. Esiintyy vieroitusoireyhtymiä alkoholin käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä. 4. Kyky sietää alkoholia (toleranssi) on kasvanut. 5. Keskittyminen alkoholin käyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholin käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen. 6. Alkoholin käyttö jatkuu haitoista huolimatta. (Aalto 2010, 40.)

sä ei. Humala voidaan jakaa lajeihin, jossa juomisen määrä ei ole se ratkaisevin tekijä. Kyseisen jaon mukaan haastateltavan naapurin juominen voitaisiin lukea änkyräksi, jossa sekoillaan ja pannaan ranttaliksi. Haastateltavan päivässä juodun alkoholin määrää tarkasteltaessa voidaan sanoa, että kyseessä on tuiske, voimakas päihtymys. (Virtanen 1982, 24.) Laitinen & Pohjola (2009, 191-192) puhuvat itsensä ulkopuolelle sijoittamisesta ja minäkuvan sekä itsekunnioituksen positiivisesta rakentumisesta. Yllä olevaa sitaattia tarkemmin tarkasteltaessa voi ajatella, että haastateltava sijoittaa itsensä alkoholin ongelmakäytön ulkopuolelle. Näin tehdessään hän samalla vahvistaa omaa positiivista minäkuvaa ja pitää yllä tietynlaista itsekunnioitusta.

Alkoholin käyttöä säännösteltiin hyvin tarkoituksellisesti. Laitoskuntoutusjaksolle päättymisen pelko oli alkoholin käyttöä säännöstelevä tekijä. Ikääntyneet näkivät terveyden säilyttämisen tärkeänä asiana. Lääkkeiden ja alkoholin vaikutuksen tiedettiin lisäävän merkittävästi riskiä kaatua. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutusten muut riskit tiedostettiin yleisesti. Lääkkeiden ottamista saatettiin säännöstellä omatoimisesti. [...] *Jos oon alkoholia päivällä ottanut, niin jätän melkein iltalääkkeet pois. En käytä niitä keskenään.* (A7,96) Lähes valtaosa ikääntyneistä käyttää resepti- tai käsi-kauppalääkettä säännöllisesti. Lääkkeitä voi olla useita ja alkoholi on yksi lääkeaine elimistössä siinä missä muutkin lääkkeet. Yhteiskäytön riskiltä ei voi välttyä vaikka ei käyttäisikään lääkkeitä ja alkoholia yhtä aikaa vaan peräkkäin. (Aira 2007, 38.) Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikilla oli jonkinlainen lääkitys. Useilla haastateltavilla meni verenohennuslääkkeitä, sydänlääkkeitä ja jopa rauhoittavia lääkkeitä.

On aihetta pohtia, että mikä saa ikääntyneet käyttämään yhtä aikaa lääkkeitä ja alkoholia. Falk ja Sulkunen (1984, 124) ovat tutkineet suomalaista humalaa valkokankaalla. Humalaa kuvataan siinä lentämisellä ja euforisella voimantunteella, jolle on tyypillistä putoamisen pelko. Elämän ilon nauttimiseen yhdistyy kuoleman läsnäolo ja jopa kuoleman uhmaaminen. Vaikka vanhuksentietävät lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksen vaarat, niin siitä huolimatta riskejä otetaan oman terveyden kustannuksella. Tästä ovat esimerkkinä kenttäpäiväkirjaan kirjoittamani kotihoiton työntekijän kommentit.

Erään haastateltavan kotihoiton työntekijä kertoo, että asiakkaalla on päivässä noin kymmenkunta eri lääkettä ja osa niistä on vaarallisia alkoholin kanssa nautittuna. Työntekijä kertoo, että asiakas osaa valikoida lääkkeistä haluamansa eikä aina ota välttämättä kaikkia lääkkeitä. Esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet häviävät aina. Ihmettelin, että miksi hänelle määrätään sellaisia lääkkeitä, jos tiedetään että asiakas käyttää runsaasti alkoholia.

Myllykankaan (2009, 74) mukaan ikääntyneille suositeltava maksimimäärä on viisi lääketta päiväsä. Rajan voidaan yllä olevan ikääntyneen tapauksessa olevan häilyvä, sillä alkoholia käytetään lääkkeiden kanssa rinnakkain. Ikääntyneiden käytössä olevat lääkkeet ovat pääasiallisesti lääkäreiden määräämiä reseptilääkkeitä. Runsas lääkkeiden käyttö on arkipäivää ikääntyneillä ja medikalisaatio on tuonut mukanaan uusia lääkkeitä ja hoitokeinoja. Medikalisoitumisen eli elämän lääketieteellistymisen sanotaan edistävän ihmisten hyvinvointia. Medikalisaatiolla tarkoitetaan myös elämäntapahtumien ja poikkeavuuden lääketieteellistämistä. (Tuomainen & Myllykangas & Elo & Ryyänen 1999, 8-15.) Medikalisoitumisen seurauksena yhä useampi ikääntynyt viettää eläkevuotensa ”lääkepölyssä”. Tällöin voidaan puhua kemiallisesta vanhuudesta. Psykenlääkettä saatetaan käyttää esimerkiksi yksinäisyyden hoitoon. Lääkkeiden määrän mahdollisella lisäämisellä on mahdollista kompensoida hoitopanoksen vähentäminen. Mitä enemmän lääkkeitä on yhtäaikaaisessa käytössä, niin sitä todennäköisempiä ovat haittavaikutukset. Tämän lisäksi ikääntyneiden käyttämiä lääkkeitä ei ole edes testattu ikääntyneillä. (Myllykangas 2009, 74–75.) Seuraava kenttäpäiväkirjan ote kertoo ikääntyneiden lääkkeiden käytöstä ja siihen liittyvästä lieveilmiöstä.

Työntekijä kertoo, että eräässä Tampereella sijaitsevassa asumispalveluyksikössä esimerkiksi ikääntyneet vaihtavat keskenään pillereitä. Kysyn, että liikkuuko tässä vaihtokaupassa myös raha. Työntekijä sanoo, että markkinatalous ei sinne asti yllä, vaihdetaan vain pilleriä toiseen pilleriin. Vaihtokauppa toimii periaatteella, että jokainen hyötyy vaihtokaupasta. Olen tästä asiasta tyrmistynyt ja ajattelen, että en olisi koskaan voinut ajatellakaan tällaista tapahtuvan ikääntyneiden kesken. Olin aikaisemmin ajatellut, että pillerikauppaa käydään vain narkomaanien ja erilaisten ”ryyppyporukoiden” keskuudessa.

Filosofian tohtori Juha Nymanin (2009, 238) mukaan joka kymmenes ikääntynyt käyttää lääkkeiden yhdistelmiä, joiden yhteisvaikutus voi johtaa sairaalahoitojaksoon. Lääketieteen tohtorin Marja Airan (2007, 41) mukaan keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet tulisi jakaa humalatilan hävittyä. Tämä siksi, että vaarana voi olla humalatilan voimistuminen aina tajutomuuteen saakka ja mahdollisesti kaatumisen riskin suurentuminen.

Alkoholia käytettiin kahden haastateltavan toimesta unen saamiseen ja unilääkkeiden korvaamiseen. [...] jos otan muutaman moukun ehtoolla, kun kattelen televisiota, niin saan paremmin unta. (A5,44) Pieni alkoholimäärä saattaa rentouttaa, poistaa ahdistusta ja nopeuttaa nukahtamista, jos alkoholin käyttö on yleisesti vähäistä. Mikäli alkoholin käyttö on säännöllistä, niin aivot tottuvat alkoholiin ja rentoutumiseen vaaditaan yhä isompia alkoholimääriä. Runsas alkoholin juominen

saattaa tehdä unesta levotonta. Unilääkkeiden ja alkoholin yhdistelmän nähdään lisäävän lääkkeen vaikutusta. (Levo 2008, 31.) Alkoholin ottamista ikääntyneet perustelivat terveyteen liittyvällä näkökulmalla. Haastateltava kertoi pahan olon tullessa sallivansa itselleen oikeuden ottaa ryypyn. Viinapulloa haastateltava piti vieressään koko haastattelun ajan. Haastateltavan voidaan tulkita käyttävän alkoholia itsehoitolääkkeenä. Tässä kohtaa on kyse omatoimisesta *lääkitsemisen puhetavasta*.

Arjen kerrottiin sujuvan ihan normaalisti eikä alkoholia pidetty sen suhteen ongelmallisena. Muutama haastateltavista rajoitti alkoholin ottamisen iltaan, kun oli saanut etukäteen suunnitellut päivän työt tehtyä. Tätä voidaan selittää työmoraalilogiikalla, jossa periaatteena on alkoholin ansaitseminen suorittamisella (Haarni & Hautamäki 2008, 88). Suorittamisen eli kotitöiden jälkeen oli sitten mahdollisuus istahtaa alas rauhassa tupakoimaan ja siinä ohella maistelemaan viiniä. Rentoutuminen saatetaan nähdä ikääntyneillä arkisten askareiden ja puuhien lomassa tapahtuvana juomien nautiskeluna. (Haarni & Hautamäki 2008, 87). Kyseessä on *palkintojuomisen puhetapa*.

Alkoholin käyttäminen toi muutamalle ikääntyneelle haasteita arjen pyörittämiseen ja liikkumiseen. Haastateltava sanoi, että ei juo alkoholia niin suuria annoksia, että niistä seuraisi kaatumisia. Kyseinen haastateltava oli kertomansa mukaan kaatunut kerran keittiössä, kun oli mennyt juomaan vettä. Sandaalit olivat tarttuneet mattoon ja hän oli tämän seurauksena kaatunut. Haastateltava oli joutunut käyttämään ranteessa olevaa turvaranneketta avun saamiseksi, koska ei ollut päässyt ylös lattialta omin voimin. Kotihoidon työntekijän näkemys kaatumisesta eroaa haastateltavan kertomuksesta. Kenttäpäiväkirjassa on tapahtuneesta maininta, jossa kotihoidon työntekijä kertoo asiakkaan käyttävän alkoholia todella isojakini määriä. Kaatumistapauksessa asiakas oli ollut humalassa ja tämä oli tullut ilmi siinä kohtaa, kun häntä oli tultu nostamaan ylös lattialta. Kaatuilu oli ongelma myös asiakkaan ystävällä. Haastateltavan mukaan ystävä oli juonut alkoholia sen verran, että hänestä oli tullut niin sanotusti ”jalaton”. Tämä oli johtanut seitsemään kaatumiseen muutaman päivän sisällä. Toistuvia kaatumistapaturmia voidaan pitää merkinä alkoholin liikakäytöstä.

Kahdella haastateltavalla oli selkeästi ongelmia asunnon siisteyden kanssa. Molemmat haastateltavat kuitenkin kertoivat tekevänsä arkeen kuuluvia kotitöitä kuten siivous. Tässä voidaan tulkita olevan arjen hallinnan problematiikkaa, joka liittyy kiinteästi alkoholin liikakäyttöön. Kenttäpäiväkirjan ote on omiaan kuvaamaan arjen hallintaa ja mahdollisia ongelmia.

Asunnossa on voimakas haju ja sen lähde on todennäköisesti keittiössä. Kotihoidon työntekijä näyttää minulle asiakkaan jääkaapin sisällön. Siellä on kaikki ruokatavarat totaalisen sekaisin. Työntekijä sanoo, että moni ruoka näyttää aluksi, että on ihan syötävissä, mutta kun sitä tarkastelee lähemmin, niin se on homeessa. Keittiön lattialla on

jonkin verran muruja ja erinäisiä tahroja. Roskiskaapin avaaminen tuo pistävän hajun voimakkaammaksi. Kuvottava ja etova haju tulee roskista. Työntekijä sanoo, että roskista ei näköjään ole viety aikoihin ulos.

Jo 1900-luvun alkupuolella ihmisiä ohjeistettiin hallitsemaan ympäristöään puhtauden ja järjestyksen avulla. 1910-luvulla *Emäntä* -lehdessä puhtauden vaatimukseksi esitettiin normatiivinen sääntö, jonka mukaan talous ja itsensäkin piti pitää puhtaana. Lisäksi ohjeistettiin tekemään kotiin perusteellinen siivous kerran kuukaudessa. Puhtauteen kuului myös kiinteästi järjestyksen ja järjestelmällisyyden pitäminen. Puhtauden ja järjestyksen perusteluna käytettiin terveydellisiä syitä ja ajan säästämistä. Kyseessä oli myös kontrollon keinoin, jotta ihmisellä olisi mahdollisuus hallita itsensä ja ympäristönsä. Puhuttiin yleisesti myös elämäntavan muuttamiseen tähtäävästä kansalaiskasvatuksesta. (Ollila 1993, 39–41.) 1900-luvun alun valistuspuheissa korostettiin puhtauden luonnollisuutta ja sitä pidettiin sivistyksen mittana. Vastuu tästä kasvatustehtävästä kuului erityisesti kodeille. Puhtauden noudattaminen oli osa elämäntapaa ja puhdasta kotia kuvattiin somaksi sekä kodikkaaksi. (Kuusi 2003, 47–48.) Edellä olevaa puhtauden määritelmää voidaan pitää kodin siisteyden jonkinasteisena normina. Tähän liittyen onkin aiheellista miettiä, että onko edellä olevan haastateltavan tilanteessa jonkinlainen hallinnan dilemma? Haastateltava ei selvästikään pysty huolehtimaan kotinsa siisteydestä ja todennäköisesti ei myös itsestään.

Edellä olevassa kenttäpäiväkirjan otteessa kerrotaan muuan muassa liasta. Mary Douglas (2000, 14–47) korostaa, että lika on ainetta väärässä paikassa ja siinä on kyse myös epäjärjestyksestä. Puhtaus on kulttuurissamme muuntunut medikalisoituneeksi käsitteeksi, joka määrittää puhtauden bakteeritomaksi. Liassa bakteeripitoisuus on suuri. Medikalisoitu käsite liasta ei huomioi sitä, että puhtaus ja moraali ovat kiinnittyneet toisiinsa sekä aikaan ja paikkaan. Pelko likaantumisesta on myös pelkoa moraalista poikkeavuutta kohtaan. Siivottu ja puhdas koti kertoo vielä nykypäivänäkin yhteisön yhteisten sääntöjen noudattamisesta. Likainen ja järjestyksetön koti voi olla merkki asukkaan sosiaalisesta ja ehkä myös psyykkisestä poikkeavuudesta. Tähän yhteiskunnan järjestyksenpitäjät näkevät oikeudekseen puuttua. Helén ja Jauho (2003, 26–27) puhuvat terveysriskistä, joka viittaa erityisesti yksilöiden elämäntapaan ja terveyskäyttäytymiseen. Mikäli haastateltavan elämäntapa luokitellaan terveysriskiksi, niin mikä on kotihoidon työntekijöiden ja kaupungin vastuu kansalaisestaan? Kansanterveyden näkökulmasta kuitenkin jokaisella kansalaisella on oikeus terveyteen.

Terveysnäkökulma tulee esiin ikääntyneen kerrottua juomisen hallitsevan hänen elämänsä. Alkoholin käyttö todennäköisesti estää kotihoidon työntekijöiden työskentelyn ja näin ollen vaikuttaa myös haastateltavan terveydentilaan. *Juon pelkästään keskiolutta, mutta alkoholiahan sekin on. Se*

*hallitsee mun elämäni. [...] Sitten kun katkasan, se on kauhee tuska ja oon pitempiä jaksoja sitten juomatta, mutta sitten tulee aina se retkahdus. (A4,11)* Koski-Jännes (2012) on kuvannut riippuvuutta eräänlaisena noidankehänä. Alkoholistilla yleensä (ei välttämättä aina) aktivoituu päässä ajatuksia, jotka liittyvät jollain tavalla päihteisiin. Tällaisesta voisi olla esimerkki, että on pakko saada nyt viinaa. Tähän liittyy kiinteästi myös mielikuvat ja erilaiset fyysiset tuntemukset, jotka johtavat lopulta luvan antamiseen itselle. Sallitaan itselle yksi ryppy, joka johtaa sitten siihen, että täytyy tehdä jotakin jotta saa esimerkiksi sen ryypyn. Tästä on yleensä lopputuloksena jatkettua käyttöä tai retkahdus. Edellä olevan sitaatin perusteella näyttää siltä, että ikääntyneellä on alkoholi-riippuvuus, sekä psyykinen että fyysinen. Fyysinen riippuvuus tulee esiin vieroitusoireiden muodossa juomisen katkettua. Vieroitukseen yleensä liittyy huonovointisuutta ja negatiivisia tunnetiloja, jotka ovat omiaan lisäämään alkoholin käytön aloittamisen mahdollisuutta. Retkahtaminen voi olla seurausta kykenemättömyydestä pidättäytyä alkoholista. (Kiianmaa 2010, 25.)

Edellisessä luvussa olen esittänyt, että yksinäisyyden kokemukset olivat yhteydessä liikkumisen rajoittumiseen. Yksinäisyys oli muutamalla ikääntyneellä suoranaisesti syynä alkoholin juomiseen. Haastateltava kertoi, että hänen miehensä harrastuksesta johtuen hän viettää paljon aikaa yksin. Alkoholin roolina oli olla toverina ja lievittää yksinäisyyttä. Tässä kohtaa kyseessä on **yksinäisyyden puhetapa**. Alkoholia saatetaan käyttää tunteiden ja ajatusten turruttamiseen. Nousuhumalassa on mahdollista unohtaa yksinäisyys ja olo voi tuntua normaalilta. (Saari 2009, 196.) Alkoholia otettiin myös ajankuluksi eli siitä on voinut tulla keino kuluttaa aikaa. *Kun ei oo mitään tekemistä, niin tulee heti otettua vähän. (A3,19)* Voidaan puhua **toimettomuuden puhetavasta**. Iäkkäät saattavat ottaa alkoholia sosiaalisten suhteiden ja virikkeiden puuttumisen takia (Haarni & Hautamäki 2008, 132).

Alkoholia ikääntyneet kertoivat ottavansa ongelmien kohdatessa, jolloin se saattaa toimia yllykkeenä tarttua pulloon. Alkoholi koettiin hyvänä lohduttajana ongelmien keskellä. Alkoholin avulla ihminen saattaa yrittää voittaa elämän ristiriitoja ja ongelmia. Viinan ottamisen tarkoitus on pyrkiä elämyksellisesti vapautumaan esimerkiksi taloudellisesta ahdingosta tai yksinäisyydestä. Jos tässä onnistutaan, niin päihtymys tuo vapauden ja voiman tuntua. Epäonnistumisen seurauksena päihtymys voi vahvistaa vihaa ja yksinäisyyden tuntemuksia. (Virtanen 1982, 12.)

Alkoholin juomista pidettiin totuttuna tapana. Totutuksi tavaksi alkoholin juominen oli tullut vuosikymmenien saatossa. Haastateltava kertoi, että alkoholi tuli tutuksi hänelle jo todella nuorena, kuusi tai seitsemän vuotiaana, kun naapurin täti juotti kiljua. *Sitten mä rupesin soittaamaan haitaria ja kävin noit, miehet pääsi sodista pois pikku hiljaa ja siellähän sitten pontikkaa kaikilla melekein ja tuota normaali viinaa. (A6,135)* Yhteiskunnallisella ilmapiirillä voidaan katsoa olleen myös voimakas



vaikutus tuon ajan alkoholikulttuuriin. Jeja-Pekka Roos (1987, 53-55) on jakanut suomalaiset neljään sukupolveen. Ensimmäinen sukupolvi on syntynyt vuosina 1900–1918. Tätä sukupolvea voi kutsua sotien ja pulan sukupolveksi. Tälle sukupolvelle oli yleistä jatkuva puute, sairaudet ja sota-ajan vaivat. Toisen sukupolven (sodanjälkeinen jälleenrakennus ja nousu) eli 1920–1930-luvulla syntyneiden muistissa on vielä elävästi sota. Tällä sukupolvella nähdään olevan yhteisiä kokemuksia ensimmäisen sukupolven kanssa. Tästä johtuen niillä on samantapainen maailmankuva ja arvostukset. Edellä oleva haastateltava kuuluu toiseen sukupolveen. Haastateltava kertoi myös, että aikanaan nuorena hän oli mukana metsätoissa. Tuolloin kaikki metsätyöntekijät joivat alkoholia ja alkoholi kuului erottamattomana osana työväenkulttuuriin. Suomalaisten suhde viinaan on ollut aina erikoislaatuinen ja se on otettu kulttuurisesti annettuna, vähän niin kuin suomen kieli. Suomalainen viinapää välittyy kulttuurisesti eli on olemassa tiettyjä suomalaisuuden peruspiirteitä, jotka omaksumme itseemme ja jotka saavat meidät juomaan niin kuin suomalaiset juovat. (Virtanen 1982, 13-26.)

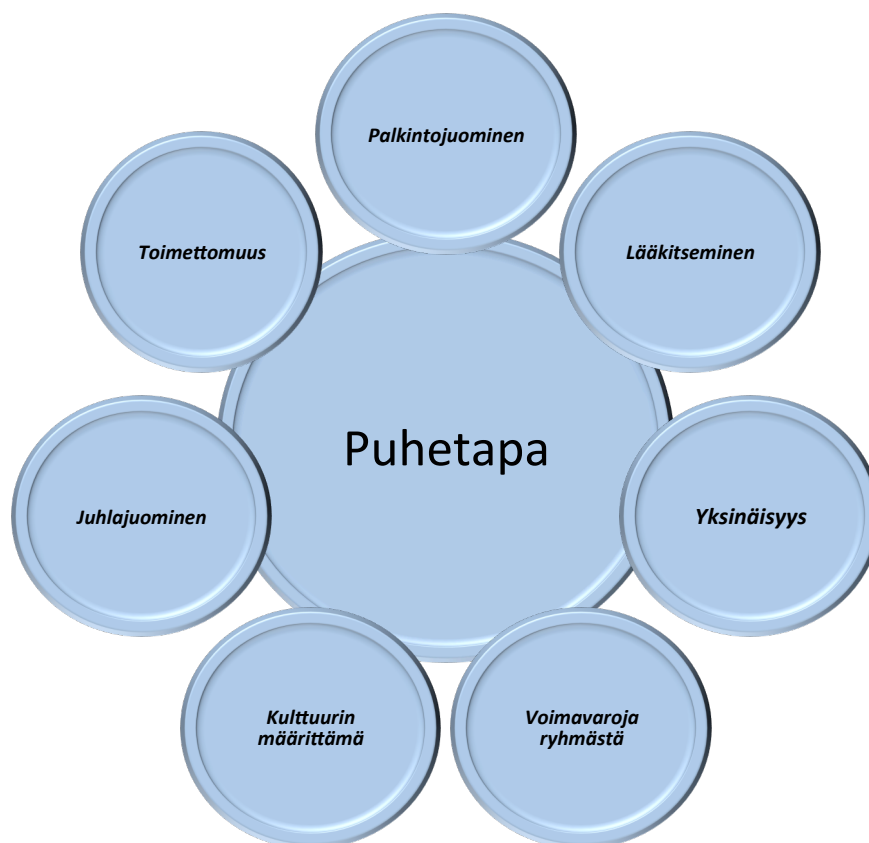
Tässä tutkimuksessa työelämällä ja alkoholin käytöllä on myös tietynlainen yhtymäkohta. Haastateltavan mukaan alkoholin käyttö on peräisin ajalta, jolloin hän oli työelämässä. Työn stressaavuus ja vaativuus vaikuttivat siihen, että alkoholia käytettiin viikonloppuisin. Viikolla ja sunnuntaisin ei voinut juoda alkoholia, koska tuleviin työpäiviin tuli valmistautua huolella, sillä työ oli rankkaa psyykkisesti. Työelämä rytmitti elämää ja säännösteli omalla tavallaan alkoholin juomista. Työelämästä eläkkeelle jääminen oli ikääntyneen kohdalla jonkinasteinen elämänmurroskohta.

Työelämästä eläkkeelle jääminen toi myös muutoksia elämään, jonka seurauksena alkoholin käytökerrat lisääntyivät. Työn tärkeys näkyi haastateltavan sanoessa, että ei ole ollut juomisen takia poissa työelämästä ja juomiseen ei ole ollut aikaa kahden työn vuoksi. Työn voi nähdä olleen tärkeä alkoholin käytön sääntelyssä ja elämän rytmittämisessä. Haarni ja Hautamäki (2008, 145–153) käyttävät juomisuran käsitettä, joka jaetaan aikaisen ja myöhäisen alkamisajankohdan alkoholiongelmiiin. Juomisura kuvaa myös elämänsäajan aikana muuttuvaa suhdetta alkoholiin. Edellä olevista sitaateista pystytään päättämään, että kyseessä on ollut tasainen juomisura, joka on eläkkeelle siirtymisen johdosta muuttunut nousujohteiseksi juomisuraksi. Haastateltavan kohdalla voi tulkita, että ikääntymisen ja elämäntilanteessa tapahtuneen muutoksen seurauksena alkoholin merkitys on kasvanut suurempaan rooliin hänen elämässään.

Elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset olivat myös ikääntyneen mukaan syynä alkoholin käytön kontrollin muuttumiseen noin viisitoista vuotta sitten. Haastateltavan tytöt olivat muuttaneet pois kotoa, minkä seurauksena haastateltava alkoi miehensä kanssa käyttämään alkoholia viikonloppui-

sin. Aluksi hankittiin pieni pullo konjakkia ja pikku hiljaa alkoholimäärät kasvoivat. Tyttöjen muutto kotoa oli elämän taitekohta, josta alkoi haastateltavan tie kohti runsaampaa alkoholin käyttöä. Ongelmallinen alkoholinkäyttö liittyy usein elämän murroskohtiin. Alkoholi saattaa nousta tuolloin ihmisen elämässä suureen rooliin ja osaksi tajunnan säätelyä. (Saarnio 2009, 16.)

Luvun yhteenvedona voidaan todeta, että ikääntyneiden näkemykset alkoholiin ja sille antamat merkitykset olivat hyvin moninaisia. Tutkijalle kerrottiin kirkkaan viinan olevan eniten käytetty alkoholin muoto. Ikääntyneiden kertomat kulutetun alkoholin määrät olivat ristiriidassa kotihoidon työntekijöiden näkemyksien kanssa. Työntekijöiden mukaan ikääntyneet käyttävät enemmän alkoholia, mitä he muille kertovat. Näkemystä puoltavat kentällä tekemäni konkreettiset havainnot ja niiden pohjalta tehdyt kenttäpäiväkirjan muistiinpanot. Alaluvusta hahmottui seitsemän alkoholin käytön puhetapaa, jotka on koottu kuvioon yksi. **Yksinäisyyden puhetapa** nousee kuvioista voimakkaimmin esiin, sillä sitä voidaan pitää yhtenä merkittävimmistä motiiveista käyttää alkoholia.



Kuvio 2. Alkoholin käytön puhetavat

Ikääntyneet olivat sitä mieltä, että muiden ikääntyneiden alkoholin käyttö on sidoksissa kulttuuriin ja on osa omaksuttua tapaa. Kyseessä on *kulttuurin määrittämä puhetapa*. Alkoholia saatettiin viedä tuliaisena kylään mentäessä ja alkoholi oli kiinteä osa merkkipäivien viettämistä. Voidaan puhua arki- ja juhlahuomisesta. Tässä kohtaa esiin nousi *juhlahuomisen puhetapa*. Tämä siitäkkin huolimatta, että suurin osa alkoholin käytöstä tapahtui arkisin. Alkoholin viemisellä tuliaisena haluttiin tuottaa saajalleen mielihyvää ja ystävyyttä. Erityisesti miesten juomaryhmissä ei haluttu jättää kaveria pulaan alkoholin hankinnan suhteen ja pidettiin siitä, että voitiin auttaa pulassa olevaa kaveria. Tästä saatiin voimavaroja myös itselle. Kyseessä on *ryhmästä voimaa puhetapa*.

Muiden ikääntyneiden alkoholin kulutus nähtiin määrällisesti suurempana kuin oma kulutus. Alkoholin mukanaan tuomia riskejä vähäteltiin ja vääristeltiin. Tämä tulee ilmi erään haastateltavan kertomuksessa kaatumisen syystä. Syyksi kaatumiselle esitettiin maton reunaan kompastuminen, ei alkoholi. Sama haastateltava näki kuitenkin tuttavan useiden kaatumisten syiden olevan aina alkoholin. Kaksi haastateltavaa myönsi alkoholin olleen syy heidän kaatumiseensa. Kaatumisen seurauksena toisen haastateltavan alkoholin käytön voidaan nähdä vähentyneen.

Ikääntyneet eivät suoranaisesti myöntäneet olevansa riippuvaisia alkoholista. Heidän mukaansa alkoholin riippuvuuteen tarvitaan alkoholin käyttöä aamusta iltaan. Alkoholin käytön määrällä ei ikääntyneiden mielestä ollut keskeistä merkitystä riippuvaisuuden määrittelyssä. Haastatteluissa kävi ilmi, että alkoholia käytettiin monissa eri yhteyksissä ja tilanteissa. Alkoholi oli mukana seurustelutilanteissa ja alkoholia käytettiin television katselun yhteydessä. Alkoholi nähtiin myös unilääkkeiden korvaajana ja sitä käytettiin myös itsehoitolääkkeenä olotilan parantamiseen. Voidaan puhua *omatoimisen lääkitsemisen puhetavasta*.

Haastatteluissa korostettiin terveyden säilyttämisen tärkeyttä. Käytännössä haastateltavat toimivat toisin ottaessaan alkoholia ja lääkkeitä saman päivän aikana ja jopa yhtä aikaa. Alkoholin ja lääkkeiden yhtäaikaisten riskit tiedostettiin, mutta siitä huolimatta riskejä otettiin terveyden kustannuksella. Kotihoidon työntekijät kertoivat, että lääkkeitä valikoidaan ja otetaan vain ne lääkkeet, jotka kulloinkin halutaan. Ikääntyneillä voi olla käytössä kymmenenkin lääkettä päivittäin, vaikka asiantuntijat suosittelevat maksimissaan viittä lääkettä. Medikalisoituminen näyttää olevan lääkkeiden lisääntyvän määrän takana ja niin sanotusti parantamassa ihmisten hyvinvointia. Vaikuttaa siltä, että kemiallinen vanhuus on tullut jäädäkseen.

Haastateltavat eivät nähneet alkoholia arkea hankaloittavana tekijänä. Alkoholia käytettiin pääsääntöisesti iltaisin, kun päivän velvollisuudet ja kotityöt oli tehty. Tässä kohtaa kyseessä on *palkintojuomisen puhetapa*. Alkoholin juomiselle annettiin myös ajan kuluttamisen ja virikkeiden puuttu-

misen merkitykset. Voidaan puhua *toimettomuuden puhetavasta*. Kahdella haastateltavalla oli ongelmia kodin siisteyden kanssa siitäkin huolimatta, vaikka kertoivat siivoavansa säännöllisesti. Heidän kotinsa olivat likaisia ja epäsiistejä ainakin tutkijan perspektiivistä katsottuna sekä nykyajan puhtauden normiin verrattuna. Likaisuuden ja epäsiisteyden voidaan olettaa vaikuttavan asumisen mukavuuteen ja mahdollisesti olevan haitaksi ihmisen terveydelle.

Elämän ristiriidat ja ongelmat olivat myös syynä alkoholin juomiselle. Voidaan selvästi osoittaa haastatteluihin tukeutuen, että alkoholin käyttö lisääntyi yleisesti työelämästä eläkkeelle siirtymisen myötä. Työelämä piti kiinni tietynlaisessa rytmissä ja velvollisuudet oli hoidettava. Alkoholin käyttö oli ennen eläkkeellä siirtymistä vain viikonloppuihin painottuvaa. Muutokset perheen koossa, lähinnä lasten muutto omaan talouteen oli myös yksi elämän risteyskohta, joka lisäsi alkoholin käyttöä.

Alkoholin merkitys on haastateltavien elämässä erittäin suuri, jopa elämää suurempi asia. Raja elämän ja kuoleman välillä voi olla langan ohut, kun alkoholin käyttö on addiktiivista ja tähän yhdistetään nykypäivän trendiksikin sanottu auttamisen muoto, medikalisaatio. Alkoholin ja lääkkeiden yhtäaikainen käyttö voi pitkällä aikavälillä lyhentää vanhuuden elinikää johtamalla käyttäjänsä kuolemaan.

## 6 Päihdepalveluiden käyttö

Tässä luvussa tutustutaan ikääntyneiden kokemuksiin ja näkemyksiin Tampereen päihdepalveluista. Käydään läpi palveluiden piiriin pääsyn kriteerejä, kokemuksia asiakkaana olemisesta päihdehoitopaikoissa, päihdepalvelujen toiminnallisuutta ja lopuksi suunnataan katse tulevaisuuteen. Tärkeän näkökulman asioihin antavat myös kotihoidon työntekijät palveluiden piiriin pääsyn kriteerit ja toiminnallisuus alaluvuissa.

Haastatteluiden perusteella ikääntyneet käyttivät vaihtelevasti Tampereen päihdepalveluita. Kysymys päihdepalveluista koettiin haastavaksi ja tutkija joutui avaamaan sekä tarkentamaan päihdepalveluiden sisältöä. Kahdella haastateltavalla ei ollut minkäänlaista omakohtaista kosketuspintaa Tampereen päihdepalveluihin. Heidän tietonsa päihdepalveluista perustuivat kavereiden ja ystävien kertomuksiin. Omaisten rooli päihdepalvelujen piiriin ohjaamisella oli ratkaiseva kahden haastateltavan kohdalla. Haastateltujen mukaan päihdepalveluihin hakeutuminen olisi ollut mahdotonta ilman omaisia. Ikääntynyt kertoi omalääkärin auttaneen oikean palvelun löytämisessä ja kaksi haastateltavaa kiitti kotihoitoa hoitoon ohjauksesta. Kaikista haastatelluista vain yksi kertoi hakeutuneensa

hoitoon omatoimisesti. Omaiset ja läheiset voidaan nähdä keskeisinä ikäihmisten hyvinvoinnin turvaajina. Ikäihmisillä on kuitenkin ensisijainen vastuu omasta hyvinvoinnistaan. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22.)

Kotihoidon työntekijöiden haastattelujen perusteella voidaan todeta, että ikääntyneille päihteidenkäyttäjille suunnattua palvelua oli todella vähän Tampereen päihdepalvelujärjestelmässä ja suunta on edelleen vähenemään päin. Päihdepalvelut on kohdennettu työikäisille ja mahdollisesti työkykyisiksi kuntoutuville. Kotihoidon työntekijöiden mukaan ikääntyneet päihteidenkäyttäjät pääsivät hoitoon hyvinkin vaihtelevasti.

## 6.1 Palveluiden piiriin pääsyn kriteerit

Tässä alaluvussa käydään läpi hoitoon pääsemisen kriteerejä ja kokemuksia ikääntyneiden sekä kotihoidon työntekijöiden perspektiivistä katsottuna. Ikääntyneiden kokemukset hoitoon pääsemisestä vaihtelivat. Hoitoon pääseminen koettiin helpoksi ja ongelmalliseksi. Haastatteluiden mukaan voidaan todeta, että erittäin matalan kynnyksen palvelua löytyi Palhoniemen huoltokodista. Seuraavassa ote haastateltavalta, joka oli ohjautunut Palhoniemeen kotihoidon työntekijän ja Palhoniemen johtajan kannustamana sekä motivoimana.

*[...]ensin sanoin jyrkästi ei ja johtaja sanoi, että on elämäs tilaisuus, sinut tullaan hakemaan kotoa ja siellä hoidetaan pyykkiä ja kaikki. [...] Täällä on kuule kuin Ikaalisten kylpylässä [...] (A2, 40)*

Millerin (2008, 17-20) mukaan päihdehoidossa asiakkaan muutosmotivaatiota pyritään herättämään ja voimistamaan. Myönteisillä ylläkkeillä on myös selkeitä vaikutuksia motivaatioon. Tuen tarjoaminen ja palkinnot saattavat voimistaa muutosmotivaatiota. Motivaation nostamiseksi ja positiivisen mielikuvan luomiseksi Palhoniemen johtaja käytti huoltokodin vertauskuvana kylpylää. Tällä kaikella johtaja todennäköisesti pyrki herättämään haastateltavan motivaation päihdekuntoutusta kohtaan sekä tätä kautta mahdollisuuteen päästä pois päihderiippuvuudesta.

Ikääntyneellä oli Palhoniemen huoltokodista negatiivinen mielipide, eikä hän sinne halunnut. Mielipiteen muodostumisen takana oli haastateltavan kaverin kertomus 15 vuoden takaisista kokemuksistaan. Haastateltava jäi pohtimaan terveydentilaansa kotihoidon työntekijän kanssa keskusteltuaan. Kotihoidon työntekijän rooliksi tuli tässä kohtaa muutosmotivaation kasvattaminen. *Alkuun suhtauduin siihen aika negatiivisesti, aattelin vaan, että se on vanhojen juoppojen loppusijoituspaikka, mutta toisaalta mulla on ollu tän vuoden puolella pahojakin putkijaksoja [...], niin ei se*

*välttämättä tekis ollenkaan pahaa. (A4,54)* Kotihoidon työntekijät toivat haastatteluissa esille, että asiakkaat ovat yleisesti pitäneet Palhoniemen huoltokotia hienona paikkana. Miinuksena pidettiin sen sijaintia, sillä se sijaitsee kaukana Tampereesta, kodista ja kavereista.

Haastatteluissa nousi voimakkaasti esiin A-klinikka ja sen sisällä toimiva Tampereen kuntoutumiskeskus (Vipunen), jotka herättivät haastatteluissa monenlaisia mielipiteitä sekä tunteita. *Viimeks kun kävin A-klinikalla, siis yritin päästä avokatkoon, jouduin odottaa siellä tunti tolkulla, niin se oli kyllä kauheeta. [...] ja sitten tietysti toi Vipusen katkon jonot, mutta oon sinnekin päässyt yleensä aika nopeesti. (A4,24)* Haastatteluista ikääntyneistä yhdellä ei ollut kokemusta Vipusen palveluista. Kyseisen haastateltavan tiedot ja mielikuva kyseisestä paikasta oli muodostunut kavereiden kautta tulleen tiedon varaan. *[...] siel käy niitä huumeveikkoja. Niitä pelekään kaikesta eniten, ei tiedä mitä ne tekee. (A5,55) [...] miehuummin oon täällä yksikseni, kun jossakin laitoksessa. (A5,56)* Ikäihmisten palvelujen strategiassa (2009, 9) todetaan, että laitoshoidtoa voidaan yleisesti ottaen pitää turvallisempana kuin kotia. Tämä siitäkkin huolimatta, että esimerkiksi valtaosa kaatumistapauksista keskittyy laitoksiin. Haastateltava toi esiin laitoksiin liittyvän ongelman tai ongelmakohdan, huumeidenkäyttäjät. Huumeiden ja päihteiden todetaan lisäävän riskiä väkivaltaisuudelle ja provokatiiviselle käyttäytymiselle. Huumeepiireissä väkivallan kokeminen ja tekeminen voi olla arkipäivää. (Väyrynen 2009, 187-188.) Huumeiden käyttäjät saattavat läsnäolollaan luoda laitoksiin pelon ilmapiiriä tai pitää yllä tiettyä mielikuvaa itsestään muiden asiakkaiden silmissä ja keskuudessa. Edellisessä sitaatissa haastateltava kokee elämänsä merkitykselliseksi turvallisuuden kautta, sillä pelko pitää hänet kotona ja estää hakeutumasta laitoshoidtoon.

Päihdehoitoon pääsemiseen liittyi myös tietynlaista problematiikkaa, esimerkiksi Vipuselle hoitoon pääsemiseksi piti täyttää tietyt kriteerit. *Vipunen oli kaikista huonoin päästä. Täyty olla täysin selvänä. Milläs perkeleel, kun kuukauden ryyppäät ja täytys olla kolme päivää selvä, niin eihän siitä mitään tuu. (A6,80)* Kotihoidon työntekijöiden mukaan myös Hatanpään selviämis- ja katkaisuhoidtoasemalle hakeuduttaessa piti olla selvin päin, muussa tapauksessa asiakas käännytettiin pois. Tässä oli todennäköisesti kyse asiakasvalikoinnista. Suikkasen (1990, 203-204) mukaan ammattihenkilökunnalla on valta ja oikeus määritellä tarpeita ja ongelmia. Sanotaan myös, että heillä on mahdollisuus määrittää palvelujen määrää, laatua ja luonnetta. Voidaankin miettiä, että onko selvänä olemisen kriteeri palvelujen piiriin pääsemiselle tullut ammattihenkilökunnalta vai onko kyseessä palvelua tarjoavan tahon sisäinen säädös/ohje tai määräys.

Hatanpään selviämis- ja katkaisuhoidtoasemaa kritisoitiin kotihoidon työntekijöiden keskuudessa myös siitä, että hoitoon pääsemiseksi täytyi ensin varata aika. Aikoja ei kotihoidon työntekijöiden

mukaan saanut samalle tai seuraavalle päivälle. Hatanpään selviämis- ja katkaisuhuoltoaseman toimintaa ei näin ollen voitane pitää matalan kynnyksen paikkana. Ennen hoitoon pääsyä oli haastattelua, jossa piti olla mukana saattaja, mielellään sukulainen tai joku muu joka tuntee ihmisen. Joiltakin asiakkailta oli jopa pyydetty lääkärintodistus, jossa on pitänyt olla maininta asiakkaan kykenevyydestä pärjätä kyseisessä paikassa. Tällä oli pyritty kotihoidon työntekijöiden mukaan kontrolloimaan sisäänpääsyä, jotta siellä paljon asioineet eivät välttämättä pääsisi enää sinne hoitoon. He eivät olleet ns. tervetulleita asiakkaita. Tässä kohtaa voitaneen puhua palvelujen ulkopuolelle sulkemisesta. Raunio (2004, 241) kertoo hierarkkisesta vallan käytöstä. Tällä hän tarkoittaa eriarvoisuutta tai alistamista, joka rajoittaa toisten ihmisten mahdollisuuksia. Toinen kotihoidon työntekijä oli myös tiukkojen pääsykriteereiden takia kohdannut vaikeuksia saada asiakasta katkaisuun Hatanpään selviämis- ja katkaisuhuoltoasemalle.

*[...] ei päässyt Hatanpään katkaisuklinikalle, sanottiin pitää laittaa itse ruoat. Ihan hämärä vastaus, ku he tunsu tän asiakkaan, niin he vaan jotakin vastas [...] Eihän siel kukaan laita itse ruokaa, tulee keittiöltä. [...] (T4,35)*

Kotihoidon työntekijän mukaan on erittäin todennäköistä, että kyseisen asiakkaan kohdalla hoitoon pääsy pyrittiin tekemään mahdollisimman hankalaksi ja jopa mahdottomaksi. Tähän saattoi olla syynä se, että henkilö oli käyttänyt katkaisuhoidon palveluita useasti. Työntekijän mukaan hoitoon pääsyn kriteerejä määriteltessä oli unohtunut kaikkein tärkein tekijä eli asiakkaan halukkuus muutokseen ja hoitoon. Ammattihenkilökunnalla on valta määritellä kuka on asiakas ja minkä verran apua kukin asiakas tarvitsee ja saa. Tätä voidaan kutsua portinvartioinniksi (gate-keeping) (ks. Le Grand 1982). Edellä olevan sitaatin asiakastapauksessa voi olla kyse myös säästötoimista, jotka kohdistetaan paljon katkaisuhoidon palvelua käyttäviin asiakkaisiin. Resursseja säästetään, jotta niitä voidaan käyttää apua todella tarvitseviin asiakkaisiin. Edellisessä tapauksessa voidaan ajatella asiakkaan olevan niin sanotusti toivoton tapaus, jonka mahdollisuuksiin raitistua ei palvelua tarjoavan ammattihenkilöstön toimesta uskota. Kyseessä voi olla myös syrjintä ja ulkopuolelle sulkeminen. Pohjolan (2009, 79) mukaan palveluista ulos sulkemisessa on kyse ihmisiin olennaisesti liitetystä epäonnistuneen ja vaikean yksilön leimasta. Edellä mainitussa tapauksessa asiakkaan oma muutosmotivaatio ei ole riittävä syy katkaisuun pääsemiseen, vaan ammattihenkilön arvio asiakkaan tilanteesta oli ratkaiseva tekijä. Arvio oli ristiriidassa suhteessa asiakkaan esiin tuomaan muutosmotivaatioon nähden.

Asiakkaan toimintakyvyn ollessa rajoittunut, palveluiden piiriin pääsy oli erittäin hankalaa. Mikäli asiakas oli jalaton tai kävely oli huonoa, pyörätuolissa tai toispuoleisesti halvaantunut, niin hän ei

päässyt Hatanpään selviämis- ja katkaisuhuoltoasemalle. Kaupungissa oli vain yksi paikka huonokuntoisille asiakkaille. Tämä paikka oli Vipusen katkaisuklinikka ja sielläkin oli vain yksi asiakaspaikka. Kyseinen asiakaspaikka oli kotihoidon työntekijöiden mukaan yleensä aina varattu. *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* –hankkeen loppuraportin (2009, 48) mukaan päihdekuntoutus on taattava ikääntyneille ja liikuntarajoitteisille. Kotihoidon työntekijöiden näkemyksen mukaan päihdekuntoutusta ei voitu silloisilla asiakaspaikkamäärillä taata, kun kyseessä oli liikuntarajoitteinen ikääntynyt, joka tarvitsee katkaisuhuotoa.

Kotihoidon työntekijät korostivat, että mikäli ikääntyneen päihhteitä käyttävän asiakkaan haluaa saada johonkin osastohoitoon tai jatkotutkimuksiin, niin aina piti mennä Acutan kautta. Kaikki kulki-  
vat vain ja ainoastaan Acutan kautta. Työntekijöiden mukaan lehdissä kirjoitettiin suhteellisen säännöllisesti, että päihtynyt asiakas ei ole sopiva Acutaan. Tämä oli ristiriidassa toimintakäytäntö-  
jen kanssa. Kotihoidon työntekijät näkivät, että yhteistyö ei aina toimi Acutan kanssa. Ikääntyneet alkoholiongelmaiset ihmiset lähetettiin sieltä lähes poikkeuksetta kotiin seuraavana aamuna.

*[...] No Acuta, sinnehän on sitten pakko laittaa asiakas, jos hän on huonokuntoinen, pyörätuolissa tai rollaattorilla kulkeva. Acuta ainoastaan hoitaa päihdeongelman ja kotiuttaa, eikä heillä ole edes aina paikkoja, mihin he voi laittaa sitten asiakkaan vuorokaudeksi toipumaan. (T1,33)*

Muutama kotihoidon työntekijä oli tyytyväinen Hatanpään selviämis- ja katkaisuhuoltoasemalle ja Vipuselle katkaisuhuoltoon pääsemisen suhteen. Heidän mukaansa katkaisuhuoltoon pääsi hyvin ja tarvittaessa. Tätä tukee myös ikääntyneen kertoma esimerkki Vipusen palveluihin pääsystä. Suvussa tapahtunut traaginen tapahtuma oli ollut laukaisevana tekijänä alkoholin käytön aloittamiselle. Alkoholin käytön katkaiseminen koitui ongelmaksi ikääntyneelle ja hän mainitsi tästä kotihoidon työntekijälle. Kotihoidon työntekijä hoiti asiakkaalle katkaisuhuoitopaikan ja kaikki käytännön järjestelyt. Haastateltava antoi erityistä kiitosta kotihoidon työntekijälle nopeasta toiminnasta ja kuljetuksen järjestämisestä.

Edellä mainitut kotihoidon työntekijät näkivät ongelmana Hatanpään selviämis- ja katkaisuhuoltoasemalta ja Vipuselta jatkohoitoon pääsyn. Negatiivisena asiana pidettiin sitä, että katkaisun jälkeen loppui asiakkaasta huolehtiminen. Jälkihoitona pidettiin sitä, että ihminen laitetaan lääkkeiden antamisen ja nukutun yön jälkeen kotiin. Lähete oli sieltä lähtenyt eteenpäin, mutta meni kahdesta kolmeen viikkoa ennen kuin asiakas pääsi jatkohoitoon. Kotihoidon työntekijöiden mukaan odotusaikaa jatkohoitoon voitiin pitää liian pitkänä, sillä odotusaikana asiakkaat yleensä joutuivat huo-



nompaan kuntoon, eivätkä useinkaan odotusajan jälkeen olleet enää kiinnostuneita lähtemään jatko-hoitoon.

*Meillä on asiakkaita, jotka tulee jaksolta suoraan taksilla Alkon kautta kotiin juo-  
maan. Niin tää kertoo siitä, että se ei toimi, mutta katkaisu tietenkin on hyvä asia ja  
olla olemassa. Niin kauan, kun katkaisulla ei oo tarjota minkäänlaista akuuttia jälki-  
hoitoa, niin se on yhtä tyhjän kanssa. Ehkä se voi toimia työikäisillä, joilla on nyt  
vaikka kesäloman takia putki vähän jäänyt päälle, mutta pitkän linjan alkoholistien  
kanssa, niin sieltä saa hyvät pamit ja mukavan paikan nukkua. (T2,43)*

Jatkokuntoutukseen poluttamisessa ja kuntoutukseen pääsemisessä oli problematiikkaa päihdehoi-  
topaikasta riippumatta. Kaksi haastateltavaa oli ollut hoitojaksolla tai hoitojaksoilla Hatanpään psy-  
kogeriatrisella osastolla. Ikääntyneen aviomies kertoi lähiomaisen näkökulmasta puolisonsa yhdestä  
hoitopolusta.

*[...] Vaimo oli Hatanpään puistosairaalassa viis päivää. Oliko se K3 osasto. [...] Se  
oli karmee osasto, ettei vaimo viihtynyt siel ollenkaan. [...] Sitten oltiin kotona pitkän  
aikaa, niin sitten sieltä soitettiin. [...] Mää sain sen käsityksen, että kun ei olla käyty  
siellä niin potkittiin mäelle ja sanottiin, että sitten omalääkärille tarvittaessa. No, mi-  
täs siinähän alakaa sitten kierros uudestaan taas. Alusta alkaen niin. (A7b,41)*

Metterin (2012, 216) mukaan palvelujärjestelmämme on pirstaloitunut. Palveluihin liittyvissä pää-  
töksenteoissa tulisi käyttää yksilöllistä ja kohtuullisuusharkintaa asiakkaan tilanne kokonaisuudes-  
saan huomioiden. Voikin kysyä, että onko edellisessä sitaatissa olevassa tapauksessa käytetty har-  
kintaa asiakkaan näkökulmasta parhaalla tavalla. Järjestelmiin väliinputoamisen voidaan katsoa  
aiheutuvan organisaatioiden ja ammattilaisten yhteistyön puutteesta. Lisäksi puuttuu asiakkaiden  
kokonaistilanteen selvittäminen riittävän monipuolisesti. Ammattilaisten ja eri organisaatioiden  
yhteistyön puuttumattomuus näkyy siinä, että asiakkaille jää tehtäväksi kulkea luukulta toiselle.  
Tämä voi olla haastavaa, sillä kaikilla asiakkailla ei ole taitoa saatikka tietoa omien asioidensa hoi-  
tamiseen.

Tässä alaluvussa on siis kerrottu ikääntyneiden kokemuksista hoitoon pääsystä ja niiden kriteereistä.  
Toiseksi näkökulmaksi on otettu mukaan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä asiaan liittyen.  
Ikääntyneet kokivat hoitoon pääsyn kriteerit vaihtelevasti ja matalan kynnyksen paikkoja oli ikään-  
tyneiden mukaan todella vähän. Kotihoidon työntekijät esittivät, että ikääntyneille on joissakin pai-  
koissa todella kovat kriteerit hoitojaksolle pääsemiseksi. Sisäänpääsyä kontrolloitiin mitä erilai-

similla kriteereillä ja keinoilla. Tällä pyrittiin tekemään asiakasvalikointia. Kotihoidon työntekijät olivat huolissaan ikääntyneistä, joilla on vajavainen toimintakyky. Huolta herätti tämän ryhmän päihdepalveluiden saannin vaikeus. Työntekijöiden mukaan ongelmallista oli myös katkaisuhoidosta jatkohoitoon pääsyn odottaminen, joka saattoi kestää kohtuuttomankin pitkään.

## 6.2 Asiakkaana päihdehoitopaikoissa

Tässä alaluvussa tutustutaan ikääntyneiden palvelunkäyttäjien kokemuksiin päihdehoitopaikkojen toiminnasta ja niitä kuvaavista sisällöistä. Ikääntyneitä kohdeltiin asiakkaina vaihtelevasti eri päihdehoitopaikoissa.

Mennään haastateltavan mukana Palhoniemeen ja vuosiin 2009 sekä 2011. *Mä olin tuolla Palhossa viimeks, niin ei se oo enää sama kun ennen vanhaan. (A6,62) [...] semmonen kodikas, mutta tää on liikaa laitostunut, [...] kun kellon mukaan pelataan joka hommassa. (A6,130)* Haastateltava tarkoittaa edellä ennen vanhaan sanoessaan, että oli hoidossa Palhoniemessä 1990-luvulla. Haastateltavan mukaan Palhoniemi oli muuttunut vuosien saatossa laitosmaisemmaksi. Tätä tukevat Tampereen kaupungin alaiset nettisivut, joissa kerrotaan Palhoniemen huoltokodin olevan päihdehuoltolaitos, jossa hoito on laitosmaista (Tampereen kaupunki 25.4.2015). Haastateltava kertoi myös, että muutoksen ja sisäisen olemuksen vaihtumisen olivat kaikki potilaat Palhoniemessä havainneet. Tourusen (2000, 44, 84) mukaan hoitolaitoksen asiakkuudessa oleminen on todella lähellä vankilaelämää. Samankaltaisuuden voi huomata ulkomaailmasta eristämisenä ja laitoksen määrittämissä aikatauluissa elämisenä. Weckroth (2006, 74) toteaa huumehoitolaitosta koskevassa tutkimuksessa, että haastateltavat määrittelivät laitostumisen tunteen liiallisena viihtyvyyden lisääntymisenä ja työntekijöiden liian hyvänä tuntemisena. Erityisesti miesasiakkaat käyttivät laitostumisen ehkäisemisessä välineenä jatkuvan ”harmituksen” ylläpitämistä. Tätä olotilaa pidettiin yllä riitelemällä säännöllisesti työntekijöiden kanssa.

Päihdehoitolaitosten työntekijät saivat ikääntyneiltä asiakkailta moitteiden ohella myös kiitosta. Erityisesti Palhoniemen huoltokodin henkilökuntaa kiitettiin hyvästä palvelusta. Mukavan henkilökunnan lisäksi siellä sanottiin olevan hyvä johtaja, joka oli tosin piakkoin jäämässä eläkkeelle. Ikääntyneiden keskuudesta löytyi myös parannettavaa Palhoniemen huoltokodin palveluihin liittyen. Henkilökunnan suhtautumisessa asiakkaisiin oli kehitettävää. Johtajan ja sosiaalihoitajan läsnäolo asiakkaiden keskuudessa nähtiin vähäiseksi.

*[...] johtaja kävi tervehtimässä minua, mutta häipy saman tien ja istu siellä huoneessaan. [...] Sama oli sosiaalihoitaja, häntä ei näkynyt lainkaan, oli sulkeutunut huoneeseensa. (A2,57) [...] ja keittiöhenkilökunta ihan hymytöntä eikä mitään replikointia [...]. Ainoa oli, että kuinka monta perunaa. (A2,58)*

Weckrothin (2006, 173 ) mukaan laitoshoidossa asiakkaat ja työntekijät oleskelevat hoitotoimenpiteiden ulkopuolella valtaosan ajasta eri tiloissa. Tämä on omiaan eriyttämään ja etäännyttämään asiakkaiden ja työntekijöiden maailmoja toisistaan. Kyseessä voi olla myös eräänlainen vallankäytön mekanismi. Soinnun (2009, 197) mielestä hoivatyötä tekevien tulisi havainnoida hoivaa tarvitsevien tarpeita. Läsnaolo on ehdottomasti myös erottamaton osa hoivaa.

Ikääntynyt antoi Palthoniemen hoitajille kiitosta hyvästä palvelusta ja tarpeiden huomioimisesta, mutta Palthoniemen ilmapiirissä hän näki kuitenkin parannettavaa. Haastateltavalla oli hyvää vertailupohjaa, sillä hän oli ollut työelämässä ollessaan työtehtävissä eri laitoksissa. Twiggin (1997, 211-232) mukaan laitosta voidaan pitää ympäristönä, jossa suurinta osaa potilaiden elämän osa-alueita saatetaan tarkkailla. Potilaat joutuvat ammatillisen katseen ja diagnosoinnin kohteeksi. Elämän eri osa-alueet saattavat muuttua terveys-sairaus jatkumolle. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ruoka muuttuu ravinnoksi ja vierailut nähdään sosiaalisena tukena.

Ruoka ja henkilökunta Tampereen kuntoutumiskeskuksella (Vipunen) saivat erityisesti positiivisen maininnan. Haastateltava oli käyttänyt Vipusen palveluita neljä vuotta sitten. Kokemuksia Vipusesta löytyi myös monen kymmenen vuoden takaa, kun ikääntynyt oli ollut Vipusessa ja Hatanpään alkoholistiparantolassa eri vuosikymmenien aikana yhteensä noin 150 kertaa. Henkilökunnan ja asiakkaiden väliset keskustelut haastateltava oli kokenut mukavina. Tässä kohtaa voidaan sanoa kyseessä olleen henkilökunnan ja asiakkaiden välisen luottamuksellisen hoitosuhteen. Weckrothin (2006, 80) mukaan kyseessä voi olla myös se tosiasia, että laitoksessa asiakkaat tarvitsevat henkilökunnan apua käytännön asioiden hoitamisessa. Hyvä suhde työntekijöihin nähdään edellytyksenä vaikuttaa omaan hoitoon ja laitoksessa olemisen kannalta tärkeisiin asioihin. Tärkeäksi nähdään myös positiivisen minäkuvan luominen itsestä työntekijöiden silmissä ja luottamuksen saavuttaminen.

Ikääntyneet kertoivat hyvinkin seikkaperäisesti kokemuksistaan ja päihdehoitopaikkojen palvelusta sekä ilmapiiristä. Päihdehoitopaikoista kerrottiin negatiivisina piirteinä laitospäisyys ja kellottaminen. Laitospäisyydellä tarkoitettiin ilmapiirin muuttumista kodinomaisuudesta enemmän laitospäisemmäksi. Päihdehoidossa tapahtuvia toimintoja oli alettu mittaamaan eli kellottamaan. Kaikki toi-

minnot oli päivisin hyvin tarkkaan organisoitu ja kaikki tapahtui tarkalleen kellon sanelemana. Hoitolaitoksessa olemista onkin verrattu jopa vankilaelämää vastaavaksi.

Yhtenä epäkohtana haastateltavat nostivat esiin henkilökunnan vähäisen läsnäolon samoissa tiloissa asiakkaiden kanssa. Läsnäolon vähyys ihmetytti asiakkaita, sillä läsnäolo voidaan kuitenkin nähdä osana hoivaa ja on siinä mielessä tärkeä osa kuntoutusta. Läsnäolemattomuuden nähdään vaikuttavan myös negatiivisesti asiakas-työntekijä suhteen muodostumiseen. Hyvää asiakas-työntekijä suhdetta asiakkaat pitivät tärkeänä päihdehoitopaikoissa viihtymisen kannalta.

Joistakin päihdehoitopaikoista ja lähinnä henkilökunnan tarjoamista palveluista ikääntyneillä oli positiivisia kokemuksia. Keittiöhenkilökunnan palvelualltius ja ruoan maukkaus saivat erityis-maininnan. Ilmapiiri asiakkaiden ja henkilökunnan välisille keskusteluille oli yleisesti ottaen mitä suotuisin. Tämä tuli ilmi ikääntyneiden antamissa positiivisissa palautteissa. Laajalla perspektiivillä ajateltuna päihdehoitopaikkojen nykyisellä toimintamallilla on todella haastavaa rakentaa luottamuksellisia asiakassuhteita. Voidaan kysyä, että onko palvelujen tuottajilla edes tarkoitus rakentaa toimivia asiakassuhteita vai perustuuko kaikki palvelu tehokkuuteen ja asiakkaiden huomiotta jättämiseen.

## 6.3 Toiminnallisuus

Alaluvussa kurkistetaan päihdepalveluiden toimintaan ja toimintamuotoihin. Ikääntyneet haastateltavat kuvasivat päihdepalvelujen toimintaa pääosin tylsiksi ja passiivisiksi. Tylsyyden ja passiivisuuden tunne liitettiin erityisesti työmuotoihin ja aktiviteettien niukkuuteen. Ikääntyneet arvioivat myös kotihoidon työntekijöiden toimintaa ja työmuotoja.

Ikääntyneillä oli kokemuksia Palhoniemen kuntoutumiskeskuksella hoitajaksoilla olemisesta. Ikääntynyt kertoi viikon hoitajakson jälkeen ilmoittaneensa Palhoniemen johtajalle, että keskeyttää kuntoutuksen. Keskeyttämisen suurimpana syynä ikääntynyt näki aktiviteettien puuttumisen. *Siellä ei tapahtunut mitään ja sitten ajatel et siel oli monet asunut pitkiä aikoja ja mut ei siel ollut mitään tämmösiä juttukimppoja, että ne istu ja kaikkeen jonotettiin. [...]* (A2,45) Tampereen kaupungin nettisivuilla kerrottiin Palhoniemen huoltokodissa järjestettävän viriketoimintaa, josta vastaavat henkilöstö, asukasyhdistys ja ohjaajat. Palhoniemessä oli mahdollisuus muun muassa harrastaa liikuntaa ja siellä on myös monenlaisia ajanvietto toimintoja. (Tampereen kaupunki 25.4.2015)

Aktiviteettinen ja ohjelmien niukkuus voidaan nähdä pääsyynä myös toisen haastateltavan kuntoutusjakson keskeytymiseen Vipusella neljä vuotta aiemmin. Haastateltava oli ohjautunut Vipuselle

kuntoutukseen kotihoidon työntekijöiden avustuksella. Vipusen kuntoutumiseen ja A-klinikan palveluihin ei yleensäkään oltu kovinkaan tyytyväisiä. Tyytymättömyyttä koettiin hoitomuotoihin liittyvissä asioissa. Esimerkiksi ikääntynyt oli käyttänyt A-klinikan palveluita noin viisitoista vuotta aiemmin. Kyseisiin palveluihin ohjaus oli tapahtunut omalääkärin kautta. Omalääkäri oli suositellut A-klinikkaa, sillä hän oli ollut huolissaan potilaansa terveydestä ja etenkin sisäelinten toiminnasta.

*[...] kävin A-klinikalla kolme kertaa, mut sitten mieheni sai ensimmäisen aivoinfarktin, niin ne käynnit jäi, koska pidin tärkeempänä, että käyn häntä sairaalassa katsomassa päivittäin. Toinen juttu, että se oli vähän naivia keskustelua mitä siellä käytiin. [...] piirrä seuraavaks kerraks elämänviiva ja merkitse tapahtumat, mitä sun elämässä on ollut. Mulla on ollut niin monenlaisia, että oisin tarvinnut oikein rullan paperia. Niin koin sen vähän lapsellisena hommana. [...]* (A2,33)

Haastatellun ikääntyneen mies sairastui fyysinen toimintakyvyn heikennyttyä. Tämä johti sairaalaan hoitoon. Palvelujärjestelmän rooli on ensisijaisesti paikata fyysisen toimintakyvyn vajeita. Palvelujärjestelmä ei todennäköisesti tue sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä, vaikka ikääntyneet tätä odottaisivatkin. Tämä on usein läheisten tehtävä. (Zechner & Valokivi 2009b, 175.) Ikääntynyt oli tehnyt jonkinasteista hoivatyötä käydessään sairaalassa katsomassa miestänsä. Hoivan sanotaan olevan pään, käden, sydämen ja ruumiin työtä. (Tedre & Pöllänen 1997, 23.) Toinen painava syy A-klinikalla käymisten lopettamiseen oli se, että hän koki hoitomenetelmät ”turhamaiseksi”. Weckroth (2006, 176) toteaa, että laitoshoidossa olevan asiakkaan tulee opetella ja käyttää kyseisessä laitoksessa vallalla olevaa kieltä ja ajattelua. Laitoshoidossa kielen omaksuminen on suorassa yhteydessä kuntoutusjakson laatuun ja keston. Haastateltava olisi toivonut elämänviivojen piirtelyn sijaan selkeää apua alkoholiongelmiaan. Lääkärinkäynnit ja mahdollinen lääkitys olisivat hänen mukaansa olleet oikeanlaiset auttamisen keinot.

Lääketieteen tohtori Jyrki Rintala (2010, 123) suosittelee iäkkäiden alkoholiriippuvuuden hoidossa lääkehoitoa, erityisesti Antabusta ja Naltreksonihoitoa, vaikka Antabuksen käytöstä iäkkäillä ei ole tutkimustuloksia. Lääkehoidon rinnalla nähdään tarpeellisenä psykososiaalinen tuki (esimerkiksi yksilöterapia tai ryhmäterapia), jonka tulee olla pitkäkestoista ja hyvin suunniteltua. Ruisniemen (2006, 179) mukaan päihderiippuvuudesta toipumiseen tarvitaan kuntoutuksen aikana syntyvää tulkinnan muutosta itsestä sekä muista ihmisistä. Tulkinnan muutosta voidaan kutsua identiteetin muutokseksi, jolloin ihmisen käsitys itsestään muuttuu erilaiseksi.

Suhosen (2007, 76) mukaan ikääntyneiden päihdeongelman hoitamisessa suurena esteenä on ollut yksilöllisen ja kullekin yksilölle räätälöidyn hoitostrategian puuttuminen. Hoidoissa on painotettu

samoja vaihtoehtoja iästä riippumatta. Laitoshoidon psykososiaalisissa toimenpiteissä ja vertaisryhmissä tulisi huomioida ikä sekä yksilöllisyys, jotta päästäisiin parhaisiin mahdollisiin tuloksiin. Tässä kohtaa on hyvä tuoda esiin Erving Goffmanin (1969) tutkimus totaalisista laitoksista. Sen mukaan laitososuhteet ovat omiaan aiheuttamaan ihmisen minuuden riistämisen. Tällöin ihminen joutuu toisen henkilön tai prosessin ohjaamaksi. Tämä ohjaus tulee ulkopuolelta ja ihminen kokee ettei tule kuulluksi. (ks. Goffman 1969.) Ihmisiä todennäköisesti kontrolloidaan hyvin tarkasti laitososuhteissa ja asiakkaiden tulee noudattaa tarkasti tiukkoja sääntöjä ja struktuuria. Tämä on omiaan tuomaan asiakkaille tunteen kontrolloinnista ja myös itsemääräämisoikeuden tietynlaisesta rajoittamisesta. Tähän asettautuminen vaatii asiakkailta oikeaa asennetta ja nöyryyttä laitositutia kohtaan.

Asenteesta laitushoitoa kohtaan kertoo myös yhden haastateltavan mielikuva Vipusesta: *No, kun siellä sen viikon oli, sit tuli pois niin heti viinakauppaan suoraan. Melekeen se on kaikilla sama. (A6,23)* Viinan käytön jatkamiseen katkaisuhoidolla ei ollut merkitystä. Juomishimo oli omaa tahtoa voimakkaampi ja se pakotti haastateltavan juomaan katkaisun jälkeen. Kiianmaan (2010, 25) mukaan juomishimo herää alkoholin poistuttua elimistöstä ja lopulta kertyvä halu alkoholiin saa aikaan juomisen uudelleen aloittamisen. Nuorena viinan juomista haastateltava piti luonnollisena ja juomista oli vaikea kontrolloida. *Ei siel sillon nuorempan, ei siihen ossaa sillain asennoitua. Se viina juokсутaa kuin pässiä narussa. (A6,24)* Nuoruuden alkoholin käyttö voidaan katsoa olevan opittua ja kulttuurisesti sisäistettyä.

Aineistossa nousi esiin Vipusen merkitys päihdehoitopaikkana. Sitä pidettiin eräänlaisena kääntymispaikkana, kun miehet kävivät Vipusella lähinnä syömässä. Haastateltava kertoi myös pitäneensä yhden kaverin kanssa hauskaa ollessaan Vipusella kuntoutuksessa.

*[...] otettiin salaa Vipusessa. (A6,178) täyty ottaa silleen ettei kukaan päässyt tietään. Se oli lähtö heti. [...] saatettiin kaverin kanssa ottaa pullo viinaa yöllä. [...] yks hoitaja sen huomasi, mutta ei polttanut meitä. Sano hän ettei viitsi eihän kehtaa. (A6,179)*

Edellä olevan sitaatin voidaan tulkita olevan miesten välistä rehvastelua. Sulkunen ym. (1985, 271-272) toteavat *Lähiöravintola* -tutkimuksessa, että pitkään juoneen miesjoukon ylpeys ja rehvakkuus ilmenee muun muassa krapulalle nauramisena. Juominen voi olla myös uhmakasta ja uhittelevaa. Haastateltava ja hänen kaverinsa uhmasivat talon asettamia sääntöjä ja velvollisuuksia juopoteltuun katkaisuhoidon aikana. Sääntöjä uhmasi myös talon henkilökuntaan kuulunut hoitajakin sallimalla miesten alkoholin käytön. *Lähiöravintola* -tutkimuksen (1985b) mukaan humaltuminen ilmentää yleensä suomalaiselle miehelle vapautta. Saatetaan juoda niin paljon kuin mieli tekee ja

juominen voi loppua johonkin ulkoiseen esteeseen. Haastateltavan tapauksessa ulkoinen este on voinut olla kiinnijäämisen pelko, alkoholin loppuminen tai hoitopaikan rutiininen käynnistyminen aamulla. Päihdeongelman hoitaminen kuntoutusjaksolla ei näin ollen onnistunut.

Päihdeongelman puheeksi ottaminen tai avun saanti asiaan liittyen ei ollut ongelmatonta myöskään kotihoidon puolella. Ikääntyneen mukaan päihdeongelmasta ja muista ongelmista keskusteleminen kotihoidon työntekijän kanssa oli mahdotonta. *Mutta ne on ihan nuoria työntekijöitä, niin mä oon vanha mummo niin ne voi vähän arkeilla.* (A2,83) Voi olla, että päihteiden käytön puheeksi ottamisen kynnyks on hieman korkeampi iäkkäämpien kuin nuorempien asiakkaiden kohdalla. Pohjola (2009, 76-77) puhuu ongelman piilottamisesta vaikenemisen muurin taakse, esimerkiksi ikääntyneiden alkoholiriippuvuutta. Kun asiasta ei puhuta, niin ongelmaa ei ole olemassa. Edellä mainituksa tapauksessa voi olla myös kyse yksityisyyden rajan varjelemisesta tai yksityisyyden rajan ylittämisen vaikeudesta. Nuorilta työntekijöiltä on saattanut myös puuttua kykyä ja taitoa kohtaamiseen liittyen.

Päihdeongelmaan avun ja ratkaisumahdollisuuksien saaminen kotihoidon työntekijöiltä oli hyvin vaihtelevaa. Esimerkiksi haastateltava sanoi, että päihdeongelmasta ei ole keskusteltu. Perusteena tähän haastateltava kertoi, että hän ei aiheuta ongelmia juodessaan alkoholia. Tällä haastateltava tarkoitti vähäistä juomisen määrää. *Ei se oo tullu puheeksaan, jos otankin jotain, niin en sillain rällästä. Mä juon kahvikupillisen verran, nautiskelen tupakkini kanssa, että ei mulla oo mitään rillumareitä sen omenaviinin kanssa.* (A1,49) Haastateltava ei koe omaavansa ongelmaa alkoholin kanssa tai sitten hän vain puhuu asian todellisuutta paremmaksi. Haastateltavan mukaan kotihoidon työntekijät eivät ole huomanneet mitään normaalista poikkeavaa, kun ovat käyneet kotikäynnillä. *Ei ne nähny mua koskaan ottavan eikä mitään että olis ollut.* (A1,53) Todennäköisesti ikääntyneellä on ollut taito piilottaa alkoholi kotihoidon työntekijöiden ulottumattomiin. Välttämättä ammattilaiset eivät huomaa asiakkaan ongelmaa. Edellä mainituksa tapauksessa ikääntyneen lapset olivat huomanneet äitinsä käyttävän alkoholia. Tämä oli tullut ilmi äänen muutoksina puhelinkeskusteluiden aikana. Laapion (2007, 48) mukaan työntekijät ovat voineet huomata asiakkaan alkoholiongelman ja asiakkaan häpeän tunteen juomisestaan. He ovat myös saattaneet huomata asiakkaan pyrkivän salaamaan juomistaan. Tällaisissa tapauksissa on mahdollisesti voinut loppujen lopuksi käydä niin, että työntekijät ovat samaistuneet asiakkaan häpeän tunteeseen ja vaienneet hienotunteisesti asiasta.

Aineistossa nousi esiin yhtenä isona asiana avunsaanti päihdeongelmaan liittyen. Osa ikääntyneistä koki ettei ole saanut apua kotihoidon työntekijöiltä päihdeongelmaansa liittyen. Ikääntynyt ei ollut hakenut apua ongelmaansa, sillä hän näki omat lapset parhaina tukijoina ja alkoholin käyttöä valvo-

vina. Mäkelän (2010, 84) mukaan lapsia ja muita läheisiä voidaan pitää tärkeinä tukijoina alkoholin käytön muuttamisessa haitattomampaan suuntaan. Kotihoidon työntekijöiden ammattitaito päihdeongelmassa auttamisessa herätti myös ison kysymysmerkin haastateltavan kohdalla. *En oo pyytäkään. Eihän ne oo sen alan työntekijöitäkään. Eihän ne mitään päihdetyöntekijöitä oo. (A6,93) Tampereen kaupungin päihdepoliittisessa suunnitelmassa 2009-2012* (2009, 23) yhtenä tarkoituksena on ollut lisätä kotihoidon työntekijöiden tuntemusta päihdetyön palveluista. Kotihoidon työntekijöille on järjestetty koulutusta, jossa keskeisenä asiana on ollut päihdeongelmien luonne ja lääkkeiden sekä alkoholin yhteisvaikutukset ikääntyneillä. Koulutuksella on lisäksi pyritty vahvistamaan kotihoidon työntekijöiden mahdollisuuksia ja valmiuksia alkoholin käytön puheeksi ottamiseen asiakkaan kanssa. Kaksi haastatelluista kotihoidon työntekijöistä kertoi myös omaavansa päihdetyön erityisosaamista, johon he ovat saaneet päihdetyöntekijän koulutuksen.

Ikääntyneet olivat hyvinkin tietoisia päihteiden käytöstä ja siihen liittyvistä uhkista sekä vaaroista. Tietoa päihteiden käytöstä oli jopa liikaakin. Ikääntyneet kertoivat tietävänsä alkoholin käytön vaarat ja se ei heidän mukaansa puhumalla siitä parane. Ikääntynyt kertoi, että ei ollut pystynyt lupamaan alkoholin käytön lopettamista, kun viikoittain häntä pesemässä käyvä henkilö oli sitä häneltä kysynyt. Ikääntynyt oli tehnyt selväksi ettei hän voi sellaista asiaa luvata, jota ei pysty pitämään. Omat valinnat ja motivaatio nousivat myös tärkeiksi tekijöiksi, joilla voi vaikuttaa avunsaantiin päihdeasioissa Tampereella. *Se on niin paljon itsestä kii, kyllä kai sitä apua saa [...] (A2,53)*

Kotihoidon työntekijöiden tarjoamiin palveluihin liittyen ei muutamalla ikääntyneellä ollut mitään odotuksia. Ikääntynyt kertoi odottavansa useasti työntekijän vieressä kotikäynnin ajan ja toivovan työntekijän pikaista poistumista. Ikääntynyt oli tyytyväinen omaan toimintaansa, sillä hän oli pyrkinyt eroon salaamisen kulttuurista alkoholin käytön suhteen. *[...] oon pyrkinyt eroon siitä kieltämisen mekanismista. Pyrin oleen rehellinen, että en yritä salata jos on kaljaputkipäällä [...]. (A4,50)* Ikääntynyt toi esiin omatoimisuuden arjen asioiden hoitamisessa ja suhteessa kotihoidon palveluihin. Hän jakoi itse lääkkeensä ja tarvitsi kotihoidon palveluita hyvin vähän. Ikääntynyt kertoi, että ei tarvitse enää päihdepalveluita, sillä alkoholin ongelmakäyttö on taakse jäänyttä elämää. Kenttäpäiväkirjan mukaan haastateltavan toiminta oli ristiriidassa haastattelussa annettujen tietojen kanssa, sillä hänellä oli koko haastattelun ajan viinapullo lattialla jalkojen vieressä. Haastateltava selitti pullon läheistä sijaintia mahdollisella terveydentilan heikkenemisellä. Hän oli varautunut huonoon oloon ensiapupakkauksella nimeltään alkoholi.

Kotihoidon työntekijöiden toiminta ja toimintatavat herättivät ikääntyneiden näkökulmasta katsottuna paljon mielipiteitä. Kritiikkiä päihdehoitopaikat saivat yleisesti aktiviteettien puuttumisesta.



Aktiviteettien riittämättömyyttä pidettiin jopa yhtenä keskeisenä kuntoutuksen keskeyttämisen syy-  
nä. Myös päihdehoitopaikoissa käytettäviin hoitomenetelmiin ei oltu tyytyväisiä, erityisesti hoito-  
menetelmistä nousi esiin elämänviivojen piirtäminen. Piirtämisen sijasta toivottiin konkreettista  
apua, kuten lääkärin käynnit ja lääkitys. Lääketieteen ammattilaiset olivat myös lääkityksen kannal-  
la, vaikka joistakin lääkkeistä ei ole tutkimustuloksia iäkkäillä. Lääkkeiden rinnalle suositeltiin psy-  
kososiaalista tukea. Päihderiippuvuudesta toipumiseen tarvitaan muutosta identiteetin ja muutosmo-  
tivaation suhteessa päihteisiin. Hoitomuotojen mielekkyyttä ja soveltuvuutta pidettiin myös yhtenä  
merkittävänä tekijänä kuntoutumisen edistymisessä. Hoitomuotojen suunnittelussa ja toteutuksessa  
ei välttämättä ollut otettu huomioon iän mukanaan tuomia haasteita ja tarpeita. Tämä saattoi näkyä  
kuntoutusmuotojen tehottomuudessa ja jopa kuntoutuksen varhaisessa vaiheessa tapahtuvina kes-  
keyttämisinä. Haastatteluissa tuli esille myös näkemys, jonka mukaan katkaisuhoidolla ei ole suurta  
merkitystä alkoholin käytön jatkamiselle. Tämä ainakin siinä tapauksessa, jos viinan himo oli omaa  
tahtoa voimakkaampi.

Ikääntyneet kertoivat saaneensa riittävästi tietoa alkoholin käytön haittavaikutuksista ja omat valin-  
nat nähtiin tärkeiksi tekijöiksi avun saamisessa päihdeongelman hoitamiseen liittyen. Kotihoidon  
työntekijöiden kanssa päihdeongelmasta keskusteleminen nähtiin jopa vaikeaksi. Ikä nostettiin yh-  
deksi keskustelua vaikeuttavaksi tekijäksi. Työntekijät olivat selvästi nuorempia ja tämä oli omiaan  
nostamaan puheeksi ottamisen kynnystä puolin ja toisin. Kotihoidon työntekijöiden ammattitaitoon  
päihdeongelmasta keskustelemiseen ei luotettu. Työntekijöitä ei pidetty riittävän ammattitaitoisena  
ja tämä oli omiaan aiheuttamaan tilanteen, jossa ikääntyneillä ei ollut halua kysyä satikka keskus-  
tella asiasta. Kotihoidon asiakkailta ei todennäköisesti ollut tiedossa, että Tampereen kaupunki on  
pyrkinyt kouluttamaan kotihoidon työntekijöitään päihdeasiakkaan kohtaamisten laadun parantami-  
seksi ja alkoholin käytön puheeksi ottamisen helpottamiseksi. Tässä kohtaa voidaan puhua eräänlai-  
sesta informaatiokatkoksesta tai tiedottamisen puutteesta, joka saattaa johtaa väärinkäsityksiin ja  
ongelmista vaikenemisen muurin kasvamiseen sekä puhumattomuuden kulttuurin ylläpitämiseen.

## 6.4 Katse tulevaisuuteen

Haastateltavat ikääntyneet ovat pohtineet tulevaisuuttaan, osa hyvinkin syvällisesti. Analyysissä on  
käytetty rinnakkain termejä suhtautumistapa ja puhetapa. Tulevaisuuden suhteen osa haastateltavis-  
ta oli toiveikkaita ja toiset odottivat vaikeita aikoja. Terveiden merkitys tuli esille kahden haastatel-  
tavan puheissa. *Tulis vähän parempaan kuntoon. Ei mitään muuta. Ennen kun mä sairastuin, olin  
erittäin aktiivinen. Mulla oli, mä tein autoja. [...]* (A3,54) Haastateltava toivoi parannusta tervey-

dentilaansa ja haluaisi olla jälleen samanlainen ihminen, kuin ennen vakavasti sairastumistaan. Tässä kohtaa haastateltavan *puhetapa* viittaa *kuntoutumiseen* ja *toimintakyvyn paranemiseen*. Fyysinen toimintakyky on merkittävä tekijä osana ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Sairaudet ja vammat ovat fyysistä toimintakykyä huomattavasti laskevia tekijöitä. (Zechner & Valokivi 2009b, 156.) Alkoholin käytön haastateltava sanoi jatkuvan samanlaisena myös tulevaisuudessa. Suhtautumistavan alkoholiin voidaan nähdä olevan *realistinen* tai sitten on kyse esimerkiksi *luovuttamisesta* kamppailussa alkoholismia vastaan. Samanlainen mielipide alkoholista ja tulevaisuudesta löytyi myös toiseltakin haastateltavalta. Haastateltavan suhtautumistapa alkoholin käyttöön oli *nöyryä*. Haastateltava ei näe realistisena alkoholin käytön vähentämistä, mutta ei usko käytön lisääntyvänkään. Kyse voi olla tyytyväisyydestä nykyiseen tilanteeseen tai ainakin tyytymisestä elämän tilanteeseensa. Näin ollen esiin nousee *muuttumattomuuden puhetapa* suhteessa alkoholin käyttöön.

Fyysisen toimintakyvyn säilyminen ja lastenlapset nähtiin tärkeinä asioina tulevaisuudesta kerrottaessa. [...] *pysyis sillain terveenä, että pääsis liikkua ja elään tavallista elämää. Ja seurata lastenlasten kehitystä ja elämää. (A1,60)* Haastateltavan suhtautumistapa tulevaisuuteen näyttää olevan positiivinen ja toiveikas. Lastenlapset ja terveys nähtiin suurimpina elämän kantavina voimina. Tavalliseen elämään voidaan liittää arkinen pieni toimijuus. Honkasalon (2006, 103-115) mukaan toimijuudelle on luonteenomaista toistot ja pienet liikkeet. Nämä toistot ja liikkeet tapahtuvat kodissa sekä liittyvät kiinteästi kodin töihin. Naisten arkeen sanotaan myös kuuluvan esimerkiksi perheasioista keskusteleminen ja lapsiin liittyvä vertailu. Haastateltavan kertoma sisältää puhettavan *pienestä arkisesta toimijuudesta*. Tulevaisuudesta ja suhteestaan alkoholiin haastateltava sanoi näin: [...] *en uskolla mennä sanoon puoleen enkä toiseen. [...] ehkä se aina tulee oleen mulla jonkinlainen pieni määrä. Pitäis aisoissa ja sais kuitenkin joskus ottaa jos haluaa. (A1,15)* Haastateltavan puheessa on eroteltavissa kaksi puhetapaa alkoholin käyttöön liittyen. Toinen on *epävarmuuden puhetapa* ja toinen *toivomuksen puhetapa*. Epävarmuus tulee esille tavassa, jolla haastateltava kertoo tulevaisuudestaan ja toivomus liittyy mahdollisuuteen käyttää alkoholia, jos siltä tuntuu. Haastateltava toivoi myös, että voisi unohtaa alkoholin kokonaan ja elää ilman sitä. Tässä kohtaa kyseessä on alkoholin käytön *lopettamisen puhetapa*.

Tulevaisuus nähtiin myös seuraavanlaisena: ” [...] *Nuoruus oli nuoruutta ja tää on tämmöstä vanhuutta [...]. Seittämään neljäänkin kun elät, niin tiedät kuule mitä tää on. Voihan olla ja varmaan onkin satavuotiaat, jotka on hyvin pirteitä viel. Mut mää en oo niitä*”. [...] (A7,101) Haastateltava koki, että vanhuudessa elämä alkaa olla jo lopuillaan. Esimerkiksi ei pysty tekemään enää niitä asioita, joita nuorempana teki. Haastateltavan kertomuksesta löytyy *luovuttamisen puhetapa*. Haastateltava on luovuttanut terveyden suhteen ja tämä on vaikuttanut väijäämättä elämänlaatuun. Tule-

vaisuudesta ja suhteessa alkoholin käyttöön haastateltavan puheesta löytyy viitteitä **muuttumattomuuden puhetavasta** ja **epävarmuuden puhetavasta**. ”En mää osaa sanoa. Tuskin se ainakaan enempää rupee vaikuttaa mun elämässä”. (A7,29)

Ikääntynyt toi esiin toiveen raittiina olemisen jaksojen pidentämisestä. Hän kertoi alkoholin muuttavan hänen persoonallisuuttaan negatiivisempaan suuntaan. Ilman alkoholia hän kertoi olevansa iloisempi ja aktiivisempi. Alkoholin käytön vähentämistä puoltaisi myös haastateltavan terveydentila, joka oli saanut hänet miettimään asioita. Haastateltava haluaisi pidentää selvänä olemisen jaksoja, mutta toisaalta pitää tulevaisuutta ja alkoholin käyttöönsä monimutkaisena. Tiettyä epävarmuutta oli havaittavissa haastateltavan puheissa. *Viikko menee kevyesti juomatta, mutta sitten viikon jälkeen rupee pikku hiljaa jo kipristeleen. [...] mulla on usein moraalinen krapula jo ennen kuin oon ottanut sitä ensimmäistäkään, mää tiedän et nyt mää otan.* (A4,15) Edellä mainitussa haastateltavan tapauksessa näyttäisi olevan kaksi puolta alkoholin käyttöön liittyvässä asiassa. On halukkuutta vähentää alkoholin käyttöä, mutta toisaalta alkoholiriippuvuus tai juomisen himo voittaa raittiuden sekä pakottaa juomaan. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen professori Kalervo Kiianmaa (2010, 25) puhuu psyykkisestä riippuvuudesta, jossa on ominaista juomishimo, pakottava halu käyttää alkoholia ja kyvyttömyys pidättäytyä alkoholista riippumatta seurauksista. Haastateltavan puheesta voi huomata tilanteeseensa liittyvän epätietoisuuden ja neuvottomuuden. Selkeästi kyseessä on **epätietoisuuden** ja tietynlaisen **keinottomuuden puhetapa**.

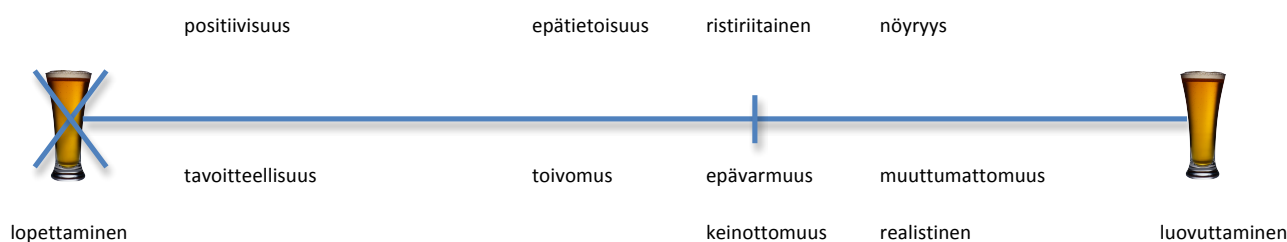
Seitsemästä haastateltavasta yhdellä oli toiveena tulevaisuudessa päästä eroon kokonaan alkoholista. Tässä on kyseessä **puhetapa positiivisesta** ja **tavoitteellisesta suhtautumisesta** alkoholiin. Haastateltavan mukaan raittiuden saavuttamiseen hän tarvitsisi: *No, jos olis raitista seuraa ja pääsis vähän liikkumaan jonnekin, eikä vaan olla täällä kotona. Nyt on ollu viime vuodet, että aina löytyy joku uus sairaus.* (A2,92) Haastateltava mainitsee tekijöitä, joita hän tarvitsisi matkalla raittiuteen. Tässä kohtaa positiivisuus on hävinnyt ja elämän realiteetit ovat astuneet mukaan kuvioon. Tavoitteellinen suhtautuminen alkoholiin voidaan nähdä muuttuneen **ristiriitaiseksi puhetavaksi** suhteessa raittiuteen. Haastateltavan tilanne kokonaisuudessaan on sen verran kompleksinen, että raittiuteen tarvitaan isoja muutoksia. Todennäköisesti haastateltavan oma motivaatio ja muutoshalukkuus eivät pelkästään tule tuottamaan toivottua tulosta alkoholiongelman ratkaisemisessa, vaan tarvitaan myös ulkopuolista apua.

Haastateltava koki, että on liikuntakyvyn heikennettyä joutunut kotinsa vangiksi. Tenkasen (2007, 187-188) mukaan ikä tuo yleensä mukanaan liikuntakyvyn heikkenemisen ja osittain tästä johtuen kotikeskeisyys tulee elämää ohjaavaksi tekijäksi. Sairaudet ovat heikentäneet haastateltavan terveydentilaa ja tämän on ollut iso kuormittava tekijä. Kuormittavuutta on lisännyt vielä sosiaalisten suh-

teiden niukkuus ja erityisesti raittiin seuran puuttuminen. Sosiaalisen tuen on todettu olevan keskeinen positiivisesti hyvinvointiin eli psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Mikäli sosiaalisessa tuessa on puutteita tai eristyneisyyttä, niin niiden on todettu lisäävän sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Tenkanen 2007, 187-188.)

Tulevaisuudesta puhuessaan haastateltavat ottivat myös kantaa päihdepalveluiden kehittämiseen. Päihdepalveluiden tarjontaan ei yleisesti ottaen oltu tyytyväisiä. [...] *tarjonta on aika neutraalia kaikkiaan. Että jotain semmosta, joka aktivoisi.* (A2,55) Kehittämisehdotuksena mainittiin palvelujen tarjonnan lisääminen ja muutos positiivisempaan. Palvelujen tarjonnasta tulisi löytyä tekijöitä, joilla on aktivoivia työmenetelmiä käytössään. Myös seuraavanlaisia näkemyksiä palveluista ja niiden kehittämisestä nousi esiin: *Tämmösiä keskusteluryhmiä, joissa ois alan asiantuntijoita. Jotka suhtautus avoimesti alkoholinkäyttäjiin ja sitten [...] että ois kuljetus.* (A2,56) Suhtautumisen asenteissa oli alkoholinkäyttäjiin nähden parannettavaa. Hoitomuotoihin liittyviin keskusteluryhmiin toivottiin alan asiantuntijoita ja ammattilaisia, joilta saisi viimeisintä alan tietoa. Näiden lisäksi kuljetuksien järjestäminen nähtiin yhtenä merkittävänä tekijänä, sillä kuljetuksista aiheutuu suuria menoeriä ikääntyneille. Lääketieteen tohtori Hannu Alhon (2010, 56-57) mukaan psykososiaaliset hoidot ovat keskeinen elementti alkoholiriippuvaisuuden hoidossa. Hoitojen ja kuntoutusmuotojen tärkein tekijä on keskustelu (yksilö- tai ryhmä) tai yhdessä tekeminen. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot ovat ratkaisevassa osassa alkoholiriippuvuuden hoitojen onnistumisen kannalta. Menetelmien menestyksellä käyttö vaatii toteuttajalta hyvää asiantuntemusta ja asioiden hallintaa. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on myös asiakkaan oma-aktiivisuus.

Alaluvussa käsiteltiin ikääntyneiden ajatuksia ja mielipiteitä tulevaisuuttaan koskien. Terveiden merkitys nousi esiin yhtenä merkittävänä tekijänä. Tähän liittyen haastateltavien puheesta oli löydettävissä kuntoutumiseen ja toimintakyvyn pareenemiseen liittyvät puhetavat. Fyysistä toimintakykyä pidettiin tärkeänä tekijänä tulevaisuuden suhteen. Se mahdollistaisi tavallisen elämän elämisen ja lastenlapsen kasvussa aktiivisen mukana olemisen. Tähän liittyen oli löydettävissä pienen arkisen toimijuuden puhetapa. Alkoholin käyttöön tulevaisuudessa oli yhdistettävissä monta erilaista puhetapaa/suhtautumistapaa. Puhetavoista hahmottui eräänlainen jatkumo, jossa toisessa päässä oli lopettaminen ja toisessa luovuttaminen.



Kuvio 3. Puhetavat liittyen alkoholin käytön jatkumiseen tulevaisuudessa

Janalla oleva pystyviiva on arvioni siitä, missä määrin haastateltavat olivat jatkumolla. Näin ollen kuviosta saa yleisvaikutelman, joka on väistämättä negatiivissävytteinen suhteessa alkoholin käytön lopettamiseen tulevaisuudessa, sillä suurin osa puhetavoista sijoittuu janalla luovuttamisen puolelle. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että tulevaisuuden suhteen on epävarmuutta, keinottomuutta ja realistisuutta, kun kyseessä on ikääntyneiden alkoholin käyttö ja sen mahdollinen lopettaminen. Valtaosa puheista oli tulkittavissa alkoholin käytön jatkuminen ennallaan myös tulevaisuudessa. Negatiivissävytteisten puhetapojen lisäksi löytyi myös positiivinen, toivomuksellinen ja tavoitteellinen puhetapa, joissa alkoholin käytön lopettamista pidettiin mahdollisena ja toivottavana.

Jos käytetään kohtuukäyttäjän ja kohtuuttoman käyttäjän/suurkuluttajan käsitteitä kuvaamaan ikääntyneiden tulevaisuuden alkoholin käyttöä, enemmistö ikääntyneistä on kohtuuttomia käyttäjiä/suurkuluttajia. On olemassa selvä yhteys yksinäisyyden puhetavan ja kohtuuttoman käyttäjän/suurkuluttajan suhteen. Samanlainen yhteys on löydettävissä myös toimettomuuden suhteen. Yksinäiseksi itsensä kokevat ikääntyneet ja pitkittyneestä toimettomuudesta kärsivät käyttävät runsaasti alkoholia. Toimettomuudella tarkoitetaan tässä ajan kuluttamista ja virikkeiden puuttumista sekä tekemisen puutetta. Kohtuukäyttäjän motiivit käyttää alkoholia ovat täysin erilaiset kuin kohtuuttoman käyttäjän. Kohtuukäyttäjä palkitsee alkoholilla itseään esimerkiksi kotitöiden tekemisen jälkeen. Heille alkoholi on myös nautintoaine, jota voi käyttää muiden paheiden kuten esimerkiksi tupakan polton yhteydessä. Kohtuukäyttäjät näkevät alkoholin käyttönsä ja mahdollisuuden alkoholin käytön vähentämiseen sekä lopettamiseen tulevaisuudessa erilaisena kuin kohtuuttomat käyttäjät. Kohtuukäyttäjät eivät ole luovuttaneet, vaan uskovat tulevaisuuteen ja mahdollisuuksiin saavuttaa raittiimpi elämä.

Omasta alkoholin käytöstä ja tulevaisuudesta keskusteltaessa ikääntyneet ottivat myös kantaa ja esittivät mielipiteitään päihdepalveluiden toimivuuteen sekä kehittämiseen liittyen. Yleisesti oltiin tyytymättömiä päihdepalveluiden tarjontaan ja päihdepalvelujen repertuaaria haluttaisiin lisätä. Päihdepalveluja järjestävien tahojen työmuodoissa oli myös kehittämisen tarvetta. Toivottiin alan asiantuntijoiden vetämiä keskusteluryhmiä ja pidettiin tärkeänä kuljetuksen järjestämistä palvelujen äärelle.

Näyttää, että ikääntyneiden alkoholin käyttö on huolestuttavalla tasolla. Tästä esimerkkinä alaluvussa esiin tullut terveyden merkitys. Toivottiin terveyden kohenemista parempaan suuntaan, mutta alkoholin käytön nähtiin säilyvän ennallaan myös tulevaisuudessa, mikä ei edesauta terveydentilan paranemista. Ikääntyneiden keskuudessa on selkeästi aistittavissa tietynlaista negatiivista suhtautumista juomisen lopettamiseen ja harva todellisuudessa siihen itseään uskoi. Tulevaisuuden suhteen oltiin varauksellisia ja tulevaisuus herätti myös pelkoa. Alkoholin käyttö ei näytä olevan yksilöillä tasapainossa eikä täysin hallinnassa. Vanha sanonta on tässä kohtaa paikkansa pitävä. Alkoholi vie miestä, eikä mies alkoholia. Sama pätee sekä miehiin että naisiin.

## **7 Kotihoidon työkulttuuri**

Tässä luvussa käydään läpi kotihoidon työntekijöiden ajatuksia ja näkemyksiä ikääntyneiden päihdeidenkäytöstä. Työntekijät kertovat keinoista, joilla he tunnistavat ikääntyneille alkoholin liikakäytöstä aiheutuneita haittoja.

Alaluku pitää sisällään myös kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä kohtaamisen ongelmista ja onnistumisista kotihoidon palveluihin liittyen. Palvelun kohteen ääni pääsee esille, kun ikääntyneet esittävät mielipiteitään ja kokemuksiaan. Lopuksi tutustutaan vallalla olevaan ammattikulttuuriin. Käydään läpi työtyylejä ja käytäntöjä päihtyneiden asiakkaiden kanssa toimimisesta. Asiakkaiden päihetyystila on omiaan tuomaan jännitteitä kotihoidon työntekijöiden työhön ja työtehtävien suorittaminen päihtyneiden asiakkaiden luona sisältää väkivallan uhkan. Selvitetään, miten väkivallan läsnäoloon kotikäynneillä on varauduttu työntekijöiden, kotihoidon sisäisten tiimien, sosiaali- ja terveydenhuollon ja laajemmin kaupungin taholla. Yhtenä tärkeänä asiana esiin nousee myös lääkkeiden jakaminen tai jakamattomuus päihtyneille asiakkaille.

## 7.1 Suhtautuminen asiakkaiden päihteiden käyttöön

Kotihoidon työntekijöiden mukaan ikääntyneet nimeävät päihteiden käytön ongelmansa hyvin vaihtelevasti. Ongelman myöntäminen on alkoholistilla todella vaikeaa. Ei haluta nähdä ongelmaa itsessä, vaan ongelma on kaikilla muilla, jotka eivät siedä heidän alkoholinkäyttöään. Työntekijät toteavat, että ikääntyneillä voi tulla ajoittain ajatuksia toisenlaisesta elämästä ilman alkoholia, mutta nämä ajatukset jäävät yleensä hetkellisiksi. Ikäihmisillä alkoholin käyttö on työntekijöiden mukaan kehittynyt ongelmaksi jo ennen 65 ikävuotta. Työntekijöillä ei ollut tiedossa yhtään ikääntynyttä, jolla ongelmat alkoholin kanssa olisivat alkaneet eläkeiässä. Ikääntyneitä alkoholisteja on enenevässä määrin ja luvut kasvavat koko ajan. Tämä on tullut mahdolliseksi nykypäivän lääketieteen ansiosta ja sen kehittymisen myötä.

Työntekijöiden mukaan päihteiden liikkakäytön tajuaminen voi olla äärimmäisen hankalaa asiakkaalle, jolla on muistamattomuutta ja muutakin sairautta. Asiakas ei välttämättä ymmärrä sitä, että on edellisenä iltana juonut itsensä humalaan ja sammunut. Kotihoidossa on myös asiakkaita, jotka tunnustavat alkoholin ongelmakäytön, mutta eivät sitä kuitenkaan häpeä. Työntekijän mukaan on saatettu juoda viikonlopun aikana yksi kirkasviinapullo ja tätä määrää pidetään vähäisenä. Alkoholin käytön myöntämisen ja avoimuuden vastakohtana voidaan nähdä päihteiden käytön salailu ja piilotelu.

*Monella ei omasta mielestään ole, että sitten vasta kun sanoo, että hei luin tuosta Pegasoksesta, meidän sairaalajärjestelmästä, että oot ollut kaksi viikkoa sitten sairaalassa ja olit puhaltanut tän ja tän verran, niin sillen sitä ehkä aletaan myöntää. [...] hyvin äkkiä asiakaskin peittelee, ehkä sitä tavallaan hävetään, että oon lipsahtanut käyttään taas alkoholia, jos on ollut hyvin päihteettä vähän aikaa. (T1,13)*

Alkoholismi saatetaan kokea häpeälliseksi, koska niiden takana ajatellaan olevan epämoraalinen käyttäytyminen, henkilökohtaisia ongelmia tai jokin heikkouteen liittyvä tekijä. Voidaankin sanoa, että häpeään liittyy voimakas sosiaalinen konteksti. (Ryynänen 2000, 51.) Alkoholin käytön salailua ja piilottelua kotihoidon työntekijät eivät nähneet isona ongelmana. Pikemminkin kyseiset ongelmat nähtiin lähes suvaitsevaisina ja neutraaleina ongelmina, jotka tulevat ajan myötä ilmi. Kotihoidon työntekijät pitivät suurena ongelmana sitä, että ikääntyneiden taju alkoholin käytön määrästä ja liikkakäytöstä hämärtyy esimerkiksi jonkin sairauden takia. Ongelmana pidettiin myös juodun alkoholin määrien vääristelyä. Ikääntyneellä saattaa olla itsellään täysin vääristynyt kuva siitä, mikä on pieni määrä alkoholia ja milloin puhutaan suurkulutuksesta.

Kotihoidon työntekijät tunnistivat asiakkaillaan alkoholin liiakäytön aiheuttamia haittoja vaihtelevasti. Liiakäytön haittojen tunnistamisessa auttoi esimerkiksi asiakkaan piilottamien pullojen löytyminen. Työntekijä saattoi löytää tyhjiä alkoholipulloja kaapista työtehtävien yhteydessä tai lakanavaihtoon liittyen. Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytöstä johtuvat ulkoiset muutokset ihmisessä olivat myös selkeästi havaittavissa. Erityisesti naisasiakkaiden keskuudessa oli havaittavissa nuokkumista, joka johtui sekakäytöstä. Alkoholin käyttö johti myös toisinaan siihen, että lääkkeet olivat jääneet ottamatta, jos niiden ottaminen oli omalla vastuulla. Alkoholin liiakäytöstä johtuvia ulkoisesti havaittavia oireita olivat esimerkiksi:

*Useasti se näkyy ehkä jaloissa ensimmäisenä, nuorilla ihmisillä näkyy jaloissa, että kävely alkaa olla huonoa, hyvin ataksista ja levee raiteista. Muistiongelmiakin alkaa tulla [...],vaikkei ois dementiaa. B-vitamiini vajeet elimistössä, ruoansulatuskanavan ongelmia. Ihan siis laidasta laitaan, että kyllä ne menee tuolta päästä varpaisiin. (T1,9)*

Alkoholin liiakäytön haitat tunnistettiin pääasiassa erilaisten fyysisten oireiden perusteella. Näitä samoja asioita tuli esiin lähes jokaisessa haastattelussa. Haittoja ei kuitenkaan ihan aina tunnistettu, sillä asiakkaiden päihtymystilassa ei välttämättä ollut havaittavissa ulkoisia merkkejä. Tähän on saattanut vaikuttaa pitkään jatkunut alkoholin juominen ja tämän seurauksena päihtymiseen liittyvän toleranssin kasvaminen.

*Se onkin kauhean mielenkiintoinen, et miten sen tunnistaa. Sen voin ihan esimerkkita-pauksen kertoa, kun mulla oli tämmönen rouvashenkilö, [...] joka konttas lattialla vastaan, kun meen käynnille. Hän valitti kauheesti lonkkakipua ja ei ollut kaatunut, mut oli tosi heikossa hapessa. Minä sitten häneltä kysyin, että ootko juonut. Ei hän ollut juonut mitään. Hän kertoi et edellispäivänä oli juonut ja hän ei haissut alkoholille, ei näyttänyt humalaiselta, ei sössöttänyt, ei ollut mitään pupillimuutoksia. Soitan ambulanssin paikalle ja pojat tulee ja puhalluttaa, niin 2,72 promillea. Se kertoo siitä, että tavallaan viinan jatkuva juominen johtaa siihen, että se koskaan ei laskekaan siel-lä veressä [...]. Ja sit voi olla tosi hankalaa sanoo, et koska he oikeesti on humalassa, koska he on käytännössä jatkuvasti humalassa. (T2,6)*

Edellä olevan sitaatin naishenkilön voidaan sanoa juoneen itsensä selväksi, sillä ulkoisesti ei ollut havaittavissa juomisen ja humalassa olemisen merkkejä. Humalatila näyttäytyy hieman erilaisena naisten ja miesten käyttäytymistä tarkasteltaessa. Kotihoidon työntekijä kertoi esimerkin kommunikaation eroista, kun nainen ja mies ovat päihtyneitä. Miesten juttuja yhdisti seksuaalivirittisyys,



kun naiset olivat erityisen tunteellisia. Näitä voidaan pitää tyypillisinä päihtyneiden kotihoidon asiakkaiden käyttäytymisen muotoina. Tedre (1993, 143) on tutkimuksessaan saanut selville, että kotihoidon työntekijät kokevat työn miesasiakkaiden luona rennompana kuin naisasiakkaiden luona. Konflikteja ja erimielisyyksiä syntyy vähemmän miesasiakkaiden kanssa. Todennäköisesti tässä on kyse siitä, että kotihoito on suurimmaksi osaksi työtä naisten alueella, johon miehet haluavat myöntää naisille niin sanotusti vapaat kädet.

Kotihoidon työntekijöiden mukaan ikääntyneillä alkoholin ongelmakäyttäjillä on laaja-alaisia ongelmia eri elämän osa-alueilla. Näitä ongelmia kotihoidon työntekijät pitävät merkittävinä ja ikääntyneiden toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti sekä negatiivisesti vaikuttavina tekijöinä. Ongelmia on havaittu olevan esimerkiksi ihmissuhteissa ja erityisesti suhteet omaisiin ovat tulehtuneita. Etenkin alkoholisti nainen on hyvin yksinäinen, sillä omaiset eivät halua olla missään tekemisessä hänen kanssaan. Tähän on päädytty vuosikymmenien ryyppäämisen ja alkoholin käytön lopettamiseen liittyvien katteettomien lupausten takia. Mielenterveyden ongelmat ovat myös vahvasti läsnä, esimerkiksi masennus on hyvin yleistä. Deliriumia ja harhaisuutta ilmenee myös. Talouteen ja rahaan liittyviä vaikeuksia on todella paljon, sillä alkoholin hankkiminen ja juominen nähdään kalliina. Seuraavassa kokemuksia ja havaintoja, joita kotihoidon työntekijä on tehnyt kotikäyntiensä aikana.

*[...] Sit siellä on ihan seksuaalista hyväksikäyttöä, esimerkiksi yksi naisasiakas jonka luona käy miehiä tekemässä pieniä kotitöitä, jotakin kukkien kastelua tai roskapussien vientiä ja sitten tavallaan ottaa siitä palkaksi suuseksiä tai vastaavaa. Näitä löytyy ja se tuntuu ihan uskomattomalta, että Suomessa ja vanhojen ihmisten keskuudessa on [...] Sit sosiaaliset ongelmat muutkin kun perheen kanssa, kauheen yksinäisiä ollaan.. ei oo enää sosiaalisia taitojakaan, et sitte ku se on niin näivettyynyttä se elämä, ettei oo enää mitään muuta ku se oma sänky ja se pullo ja sitte joku satunnainen ryyppykaveri, niin se on aika pientä se elämä. [...] (T2,29)*

Tenkasen (2007, 189) mukaan vanhuksia kaltoinkohdellaan enemmän mitä tiedetäänkään. Kaltoinkohtelu pitää sisällään muun muassa ikääntyneisiin suunnattua fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista ja taloudellista hyväksikäyttöä. ”Suomen vanhusten turvakotiyhdistyksen mukaan seksuaalista hyväksikäyttöä ovat raiskaus, sukupuoliyhteyteen pakottaminen, seksuaalinen alistaminen, ahdistelu, sukupuoli häirintä ja loukkaaminen” (Tenkanen 2007, 189-190).

Sukupuolisessa ahdistelussa on kyse joko sanallisesta tai sanattomasta häirinnästä. Nämä saattavat sisältää vihjailua, vaatimuksia, ehdotuksia ja hienovaraista painostusta. Sukupuolinen koskettelu tai seksuaalinen väkivalta voivat myös tulla kyseeseen. (ks. Varsa 1993.) Kupiainen ja Vakimo (2006,

301-302) painottavat, että feministisen näkökannan mukaan naisiin suunnattu väkivalta on osa naisten alistamista. Lisäksi on kyse miesten valta-asemasta ja sen väärinkäytöstä. Historiallisesti ja globaalisti katsottuna miehillä on paikka paikoin edelleen valta-asema naisten yli. Valta-aseman perustelu ja oikeutus on löydettävissä kulttuurisista sekä uskonnollisista perinteistä. Valta-asemaa ylläpidetään yhteisöllisten rakenteiden ja instituutioiden toimesta. Naisiin kohdistuva väkivalta ja sen sisältämä seksuaalisen väkivallan muoto on keskeinen naisten alistamisen ja pahoinpitelemisen väline.

Tässä alaluvussa esiin nousi erityisesti ikääntyneiden päihteiden käytön nimeäminen tai myöntäminen. Kotihoidon työntekijät kertoivat asiakkailtaan saamiaan mielipiteitä päihteiden käyttöön liittyen ja näyttää, että päihteiden ongelmakäytön myöntäminen on todella vaikeaa.

Kotihoidon työntekijät tunnistivat alkoholin liikakäytön aiheuttamia haittoja vaihtelevalla menestyksellä. Lääkkeiden ja alkoholin sekakäytön mukanaan tuomat ulkoiset muutokset olivat helposti havaittavissa. Keskeinen tunnistuskeino olivat fyysiset oireet, joiden peittely ei asiakkailla ollut mahdollista. Poikkeuksiakin tosin löytyi, sillä ulkoisia merkkejä ei välttämättä ollut havaittavissa tai löydettävissä. Näissä tapauksissa ikääntyneellä oli alkoholia koko ajan veressä, mutta sitä ei ulkoisesti ollut mahdollista todeta. Promillet tulivat yleensä esiin esimerkiksi tapaturman jälkeen, kun ambulanssin henkilökunta teki puhalluskokeen. Kotihoidon työntekijät olivat sitä mieltä, että ikääntyneillä oli ongelmia ihmissuhteissa ja talouteen sekä rahaan liittyvät ongelmat olivat myös yleisiä. Isoina ongelmina voidaan lisäksi mainita mielenterveyden ongelmat ja erityisen voimakkaana esiin nousevana asiana fyysinen sekä psyykkinen kaltoinkohtelu. Kaltoinkohdelluksi joutui aina lähes poikkeuksetta naissukupuolen edustaja ja kaltoinkohtelija oli mieshenkilö esimerkiksi naapurista.

## **7.2 Kohtaamisen vaikeus ja helppous**

Hyvä ja luottamuksellinen suhde työntekijöiden sekä asiakkaiden välillä on hoitosuhteen peruspilareita kotihoidossa. Kaikki haastatellut ikääntyneet yhtä lukuun ottamatta olivat kotihoidon palvelussa. Yksi haastateltava oli lopettanut kotisairaanhoidon palvelun vajaa vuosi sitten työntekijään liittyvistä syistä. Kohtaamiset kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välillä olivat vaikeutuneet, mikä oli johtanut luottamuksellisen hoitosuhteen katkeamiseen. Haastateltavan mukaan kotihoidon työntekijä oli käkenyt asiakastaan ajamaan parran ja siinä yhteydessä useaan kertaan kysynyt tiukkaan sävyyn alkoholin käytöstä. Alkoholin käytöstä tulisi osata kysyä asiallisesti ja moralisoiden, kuten kysytään muitakin elämäntapoihin liittyviä tietoja, esimerkiksi ravintoa ja liikuntaa (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli –hankkeen loppuraportti 2009, 42). Haastateltavan nähdään är-

syyntyneen kotihoidon työntekijän määräilystä ja jopa kokeneen työntekijän käytöksen tunkeiluna hänen omassa kodissaan. Tässä tapauksessa kotihoidon työntekijä oli ylittänyt jonkin rajan käskyilään. Ihmisen kotiin meneminen on jo itsessään julkisen ja yksityisen rajan ylittämistä.

Tedren (1993,10) mukaan kulttuurimme on määrittänyt kodin yksityiseksi paikaksi. Kotona tapahtuva auttaminen sekoittaa julkisen ja yksityisen sfäärin. Ronkainen & Ahonen & Backman & Paasi-vaara (2002, 102-103) puhuvat kotiin menemisessä toisen ihmisen reviirille astumisesta. Kotipalvelun työntekijät menevät kaikkein yksityisimmille alueille, kuten kylpyhuoneisiin, komeroihin ja ikääntyneen iholle. Kullakin ihmisellä on tietty yksityisyyden raja, jonka havaitsemiseen vaaditaan herkkyyttä. Lähtökohtana ikääntyneen kohtelussa on hyvä muistaa hienotunteisuus ja toisen kunnioitus. Kaikessa toiminnassa tulee ottaa huomioon ikääntyneen tavat ja tottumukset.

Tavat ja tottumukset joutuivat myös koetukselle, kun ikääntyneiden luona kävi kotihoidon lisäksi muita avun tarjoajia. Kolmella haastatellulla ikääntyneellä kävi siivooja säännöllisin väliajoin ja kahdella pesijä kerran viikossa. Pesijät ja heidän toimintansa tyydyttivät haastateltavia, mutta siivoukselta toivottiin enemmän kokonaisvaltaisuutta. Mitä tulee kotihoidon tarjoamiin palveluihin, niin niihin oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. Omahaotajia ja heidän toimintaansa kiitettiin erityisesti. Kotihoidon työntekijöistä haastateltava kertoi, että ne ovat olleet huolehtivaisia ja hienoja ihmisiä. Ikääntyneellä ei ollut mitään moitittavaa palvelusta, jota oli saanut kotihoidon työntekijöiltä. Työntekijöiden käytöstä pidettiin myös erittäin asiallisena. Myös työntekijöiden lähestyminen koettiin yleisesti ottaen suhteellisen helpoksi.

Kahdella haastatellulla ikääntyneellä oli negatiivista sanottavaa kotihoidon työntekijöiden käytöksestä ja toiminnasta.

*Toivoisin välittömämpää ja soitin heidän esimiehellekin, että mitä voi pyytää. [...] Sano et lääkkeitten jakoo ja roskien vienti, mutta kaikki ei vie roskiakaan. (A2,64) Ihmettelin sitä, kun mulla on sosiaalilautakunnan päätös, että 45 minuuttia kerran viikossa. [...] kun noi lääkkeet jakaa, niin eikö ne vois tehdä jotakin muutakin, kun se on kerran kotihoito. Et [omahoitajan nimi] nyt on pari-kolme kertaa avustanut mua suihkussa. (A2,65)*

Haastateltava toivoi työntekijöiltä läsnäoloa ja apua arkisten asioiden hoitamiseen. Haastateltava oli pettynyt siihen, että kotihoidon työntekijät eivät pääasiassa noudattaneet sosiaalilautakunnan päätöstä. Tässä kohtaa kyse on epäoikeudenmukaisuudesta. Metterin (2004, 64) mukaan epäoikeudenmukaisessa kohtelussa on kyse siitä, että henkilöä ei pidetä yhteisön täysivaltaisena jäsenenä. Kiel-

teiset kokemukset palvelujärjestelmästä ovat omiaan synnyttämään epäluottamuksen kulttuuria. Kurosen (2007, 124-126) mielestä sosiaali- ja terveystalouden keskusteluissa ollaan eri mieltä hoidosta ja hoivasta. Terveyspalvelut pitävät sisällään professionaalisen hoidon, kun hoiva kuuluu sosiaalipalveluihin. Siivousta ei näin ollen pidetä edes hoivana. Kunnalliselta kotihoidolta on karsittu resursseja ja tästä johtuen resurssit käytetään professionaaliseen hoivatyöhön. Kotipalvelun tarjoamaan apuun ei kuulu kodin hoitaminen eli siivoaminen.

Sosiaalilautakunnan päätös ja kotihoidon esimiehen ohjeistus ei velvoita omahoitajaa käyttämään asiakasta suihkussa. Omahoitajan toimintaa edellisessä esimerkissä voidaan pitää esimiehen ohjeistuksen kiertämisenä. Ohjeiden kiertämisen ja soveltamisen omahoitaja on nähnyt olevan asiakkaan edun mukaista sekä hänen työnsä kannalta mielekästä. Tutkimuksissa on todettu, että esimerkiksi intiimiin auttamiseen liitettyä kylpyä on pidetty rutiininomaisena ja pakollisena toimena. Rutiiniksi määriteltynä kylpyä pidetään vain hygienian hoitona. Tuolloin muut siihen liittyvät merkitykset vaientuvat. Kylpyyn liitetään erityisesti rentoutumista ja kehon muistoja. Kotipalvelun työntekijät ovat yleensä ymmärtäneet kylvyn monimerkityksellisyyden. Työn mielekkyyden voidaan katsoa syntyneen näiden merkitysten jakamisesta ja siihen liittyvästä toiminnasta. (Twigg 1997, 211-232)

Edellä mainitun haastateltavan mukaan myös kotihoidon työntekijöiden käytöksessä olisi parantamisen varaa. Koskaan ei voinut olla varma siitä, että kuka tulee seuraavalle käynnille ovesta sisään, sillä työntekijät alituisesti vaihtuivat. Vaihtuvien työntekijöiden lähestyminen on vaikeaa. *Mikä minun mielestä on perusasia, esimerkiksi kun tulee täällä käymään, että esittäytyminen. Mutta että osa sanoo vaan, että kodinhoidosta. Et pitäis kysyä sitte mikä sinun nimes on.* (A2,81) Anttosen (2009, 75) mukaan uusi kotipalvelupolitiikka eriyttää toiminnot ja samalla kattavasta hoivapalveluajatuksesta on luovuttu. Palveluntuottajia on useita ja vaihtuvuus työntekijöiden suhteen voi olla suurta. Kunnan kotipalvelukin saattaa olla tehostettu äärimmilleen ja suoritukset ovat muutettu mitattavaan muotoon. Tästä on seurannut sosiaalisen vuorovaikutuksen putoaminen minimiin.

Lopuksi tiivistän epäkohtia. Epäkohta, joka on syytä nostaa esille on ikääntyneen saama sosiaalilautakunnan päätös kotihoidon palveluihin liittyen. Asiakas koki ettei päätöksessä annettua hoitoaikaa täytetä viikon aikana. Aineistosta nousi esiin myös kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuus, johon ikääntyneet eivät olleet tyytyväisiä. Jatkuva vaihtuvuus teki lähestymisen ja kohtaamisen hankalaksi. Läsnaolemattomuus näyttäytyy isona ongelmana ikääntyneiden kotiin suuntautuviissa kotikäynneissä. Kotikäynneissä puutteellisen läsnäolon voi havaita esimerkiksi siinä, että työntekijät eivät välttämättä esittäytyneet kotikäynnille tullessaan. Kotihoidossa työntekijöiden vaihtuvuus voidaan nähdä suurena ongelmana, kun palvelua tarkastellaan palvelun saajien eli ikääntyneiden näkökul-

masta. Ikääntyneet näyttävät arvostavan pysyvää hoitosuhdetta ja tätä kautta luottamuksellisen asiakas-työntekijä suhteen muodostumista.

### 7.3 Ammattikulttuuri ja työkäytännöt muutoksessa

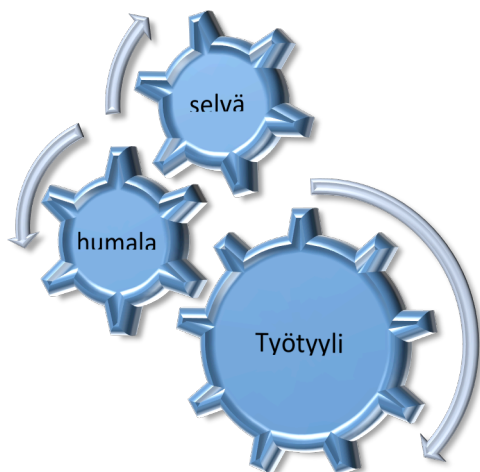
Kotihoidon työntekijöiden työtyylit vaihtelevat asiakkaan auttamatta jättämisestä kuntouttavaan työotteeseen. Väkivallan uhka kotihoidon työssä ja lääkkeiden jakaminen tai jakamatta jättäminen päihtyneille ovat isoja kysymyksiä, joihin perehdytään tarkemmin.

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö laittaa työtyylit ja käytännöt koetukselle. Seuraavana kotihoidon työntekijän kertomus erään ikääntyneen päihteidenkäytöstä ja siitä seuranneesta prosessista.

*Meillä on tällainen vanhempi mieshenkilö. Alkoholinkäyttöä ainakin 40-vuotta takana, istuu pyörätuolissa, useita lonkkamurtumia ja soittelee tasaisin väliajoin kotihoidolle, että häntä täytyisi tulla nostamaan ylös, että hän on humalapäissään kaatunut, eikä pääse sieltä lattialta ylös. Nyt viimeksi oli tällainen tapaus, et hän soitti ja kertoi et on humalapäissään kaatunut. Yleensä, kun hän on selvin päin, hän pääsee ylös. Mun asenne on se, että jos kännipäissään kaatuu, niin sit nukutaan se pöhnä poies ja noudetaan ite sieltä lattialta. Sit otetaan vähän tyynyä ja peittoa sinne. Pääasiallisesti emme ole nostopalvelu.*

*Tän asiakkaan kanssa siitä asiasta sai useamminkin kerran vääntää ja loppujen lopuksi, kun häntä mentiin sinne nostamaan, promilleja puhalsi karvan päälle kaks [...] Ja silloinkin, kun hän meille soitti, niin hän hyvin selkeesti kertoi, että on hetki sitten kaatunut ja on soittanut jo siihen kavereita nostamaan. Jos me vaan tuodaan avaimet sinne paikalle, mutta sitten kun ambulanssi miehet tuli, niin tarina olikin, että hän on maannut siellä yli vuorokauden ja siellä oli tosiaan kuset ja paskat alla. [...] Selkeesti hän oli siellä pitempään ollutkin, että kyseessä on semmosesta totuuden kaunistelua ja ihan suoraan valehtelua. Jos hän ois heti meille sanonut, että hän on vuorokauden täällä maannut, niin mehän ois lähetty välittömästi. Mut siinä meni turhaan työaikaa, kun hän kaunistelee meille niitä asioita. Meillä meni kaksi tuntia aikaa siihen, että me ensin neuvoteltiin siitä, että jääkö hän sinne nyt nukkumaan vai eikö hän jää nukkumaan. Sit hän viettikin pitkän osastojakson sen jälkeen. Et kyl tää on semmosta. Hän joutu sitten pitkäksi, pitkäksi aikaa osastolle. (T2,9) Kunnes pääsi taas takaisin.. (HT2,10) Jatkamaan samaa.. vanhaa rataa. (T2,10)*

Esimerkissä tulee esiin apua tarvitsevan asiakkaan hätä ja todennäköisesti jonkinlainen häpeä kertoa totuus kaatumisesta ja siitä kuinka kauan hän on maannut lattialla. Työntekijän näkökulmasta katsottuna asiakas ei ole pysynyt totuudessa. Kertomuksessa käy ilmi myös kyseisen hoitajan asenne humalapäissään kaatuneen ihmisen auttamista kohtaan. Hän on sitä mieltä, että jos humalassa kaatuu, niin sitten on itse kyettävä nousemaan lattialta ylös. Heidän työtehtäviin ei pääasiallisesti kuulu nostamiset. Tämä on työntekijän työtapo, jonka hän on määrittänyt itse tai se on jokin yleinen kotihoidon linjaus. Työntekijä antaa myös kritiikkiä asiakkaalle totuuden kaunistelemisesta, jonka seurauksena heiltä meni monta tuntia työaika hukkaan. Työajan menettäminen aiheutti työntekijässä turhautumista. Loppujen lopuksi asiakas kuitenkin pääsi tai joutui pitkälle osastojaksolle, jonka jälkeen asiakas kotiutui. Kuvainnollisesti sanottuna ympyrä sulkeutui, kunnes sama vanha kaava alkaa toistaa itseään. *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* –hankkeen loppuraportissa (2009, 47) ehdotetaan ratkaisua kuntoutuksen katkeamiseen, kun henkilö palaa kotiin. Tarvitaan hyvin järjestettyjä avohoidon tukitoimia ja kotiin tulisi saada tarpeenmukaiset lääkäripalvelut.



Kuvio 4. Asiakkaan olotilan vaikutus työntekijän työtyyliin

Edellä mainitussa esimerkissä ja yleisestikin asiakkaan olotilalla on suuri vaikutus kotihoidon työntekijöiden työtyyliin. Päähtynyt asiakas hidastaa tai vaikeuttaa lähes poikkeuksetta aina työntekijän työtehtäviä ja tätä kautta vaikuttaa työtyyliin (ks. Kuvio 4).

Päähtyneen asiakkaan kohtaaminen on ollut myös vaikeaa vuonna 2003. Kotihoidon työntekijä tosin toteaa, että kyseisenlaista käytäntöä/työtyyliä ei ole enää käytössä nykypäivänä. Toisen työntekijän näkemyksen mukaan heidän työnsä ei kuitenkaan nykyään ole toimia nostopalveluna eli hänen mu-

kaansa työtyyli olisi edelleen käytössä. Molempia edellä mainittuja asiakkaan kohtaamisia mietittäessä tulee väistämättä ajatus välinpitämättömyydestä ja sen arkipäiväistymisestä.

*[...] Täällä kaupungin alueella työkaveri sano, että mennään hoitaa yhtä asiakasta, mutta ei kertonu tästä alkoholiongelmasta. Ja sitten kun menin sinne, tää asiakas oli lattialla ja siellä oli pullot rivissä ja sitten työkaveri sanoi, että ei tehdä mitään. Lähdetään täältä pois, ovi kiinni. [...] Mää ajattelin, että nyt ei menny kyllä ihan oikeen tää juttu. (T3,26) Mitä siinä ois pitänyt tehdä sitten käytännössä? (HT3,27)*

*Mun mielestä ensinnäkin ois pitänyt nostaa se asiakas sinne petiin [...]. Mutta työkaveri sanoi, että semmonen sääntö oli silloin, että ei tehdä mitään, jos siellä on päihtynyt asiakas. Mulle tuli kyllä sitten se mieleen, [...] että ois pistetty kylkiasentoon vaikka petiin. (T3,27) [...] Se vähän kauhistutti ja ajattelin, että se ei ollu ollenkaan hyvä juttu. (T3,30)*

Oli esimerkkitapauksen kotikäynnin yhteydessä tapahtuneessa hoitamatta jättämisessä kyse sitten hoitokäytännöstä tai kokeneemman työntekijän henkilökohtaisesta päätöksestä jättää asiakas hoitamatta, niin kyseessä voidaan katsoa olevan eräänlainen heitteillejätö. Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009, 104) kertovat hoitotyöhön liittyvästä pelkuruudesta, joka tulee esiin välittämisen puutteena ja haluttomuutena sekaantua asioihin. Tällainen ihminen jättää kysymättä, että tulisiko hänen auttaa väärin kohdeltua kanssaihmistä. Tällä tavalla hän tekeytyy kuuroksi ja sokeaksi kärsimyksen edessä.

Kotihoidon työntekijä toi haastattelussa esiin asiakkaan ja työntekijän väliset yhteiset pelisäännöt, joihin asiakas pyritään sitouttamaan.

*[...] Päihtyneenä saa tietenkin olla omassa kotonansa, sitähan me ei voida kieltää. Tietyt työt on tehtävä siltikin, että ei me voida heitteille jättää, vaikka hän olis valinnutkin juoda sillä hetkellä. Mut sitten yritetään selventää sitä, että koska on seuraava käynti ja mihin kellon aikaan ja silloin pitäis olla selvin päin. Yritetään saada pikku hiljaa sitoutumista, että ei voida vaatii mitään täyttä päihitteettömyyttä. Et se on ainut kotihoidon ehto, että me tullaan sinne. [...] Päihdeasiakasta me ei palvella, vaan kuntouttavalla työotteella yritetään tehdä niitä asioita hänen kanssaan, koska aika monella näillä päihdeasiakkaila päivittäisistä rutiineista selviytyminen ja selviytymättömyys johtuu vaan siitä, että ei osaa tehdä niitä, kun on juonut. Ei osaa käydä kaupassa eikä*

*osaa petata petiänsä tai ei osaa pitää omasta hygieniasta huoltansa, niin ne päivittäiset kohtaamiset on lähinnä näitten arkisten asioiden opettelua. (T4,20)*

Kuntouttavan työotteen käsite on otettu käyttöön hoitotyössä 2000-luvun alkupuolella. Kuntouttavaa työotetta nimitetään myös kuntoutumista edistäväksi hoitotyöksi. Keskeistä siinä on jokaisen hoitotilanteen toteuttaminen asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarat huomioivalla tavalla. Kuntouttava työote on tapa tehdä arjen työtä ja se perustuu ikäihmisen ja työntekijän yhdessä tekemiseen. Asiakas on keskeisessä asemassa voimavaroineen ja työntekijä auttaa vain tarvittaessa. Kuntouttavan työotteen tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Kyseiset tavoitteet ovat konkreettisia ja ne sovitaan aina etukäteen työntekijän ja asiakkaan kesken. Hyvä ammatillinen tietoperusta ja taito toimia ikäihmisten kanssa ovat kuntouttavan työotteen edellytyksiä. (Holma & Heimonen & Voutilainen 2002, 43-45.) Haastatelluista kotihoidon työntekijöistä yksi käytti kuntouttavan työotteen käsitettä.

Kotihoidon työntekijöiden mukaan he joutuvat satunnaisesti kohtaamaan työssään väkivaltaa. Kotihoidon työntekijä kertoi, että on luonut itselleen toimintasuunnitelman, mikäli väkivaltaa ilmenee tai tilanne on muuten uhkaava. Tällöin on pidettävä huolta omasta turvallisuudesta ja yritettävä päästä ulos asunnosta. Kotikäyntejä varten hän oli luonut selkeän ohjenuoran, jota pyrki noudattamaan. Tämän ohjenuoran keskeisenä ideana oli se, että työntekijä on sijoittunut aina lähimmäksi ovea kuin asiakas. Tällä tavalla tulee mahdolliseksi nopea poistuminen asunnosta, mikäli tilanne sitä vaatii. Kotihoidon työntekijällä näyttää olevan tilannetajua turvallisuuden suhteen. Hän on tehnyt ennakkovalmistautumisia ja luonut suunnitelman mahdollista väkivallan uhkaa vastaan. Kaiken tämän hän on tehnyt ennen asiakkaan luokse menoa.

Kotihoidon työntekijän mukaan väkivallan uhkaan pitää varautua oikein menetelmin. Työntekijällä pitää olla tilannetajua ja valmistautua ennakkoon kohtaamaan päihtynyt sekä mahdollisesti väkivaltainen asiakas. Kotihoidon työntekijöiden työssä joutuu tottumaan monenlaisiin tilanteisiin ja tilanteiden mukaan tulee valita työtyyli. Alkoholin vaikutuksen alaisten asiakkaiden hoitamiseen liittyy monia vaaratilanteita ja aina on otettava huomioon vastuukysymys. Alla olevassa aineisto-otteessa mainitaan asiakkaan suihkuun vieminen. Tiilin (2011, 94) mukaan olemassaolo on kehoollista ja vuorovaikutuksellista. Ammattikulttuuri on häntä ympäröivän yhteisön ja toimintaympäristön yhteen nivoutumista sekä yksilön tulkintaa tästä: se rakentuu ja tulee eletyksi suhteessa asiakkaaseen.

*[...] Ihan semmosia selkeitä vaaratilanteita on syntynyt näistä humalaisista asiakkaisista. Esimerkiksi suihkuun viemiset on tosi hankalia, niin kauan kun asiakas on humalassa. Vastuukysymys on aina se, kuka ottaa vastuun, jos asiakas kaatuu ja minä louk-*



*kaan selkäni tai jotain muuta. Se on aina se, mitä pitää miettiä ja sitten ihan väkivaltatilanteita on tullut muutamia. (T2,14)*

Hyvän kotihoidon edellytys on, että asiakas käyttää hoidon kannalta tarvittavia apuvälineitä kuten sairaalasänky, nostolaitteet ja niin edelleen. Apuvälineiden käytön idea on varmistaa asiakkaan ja kotihoidon työntekijän työturvallisuus hoitotilanteissa. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli –hankkeen loppuraportti 2009, 119.) Oman lisähaasteen ja riskin hoitotyöhön tuo päihtynyt asiakas. Tampereen kaupungin *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* –hankkeen loppuraportissa ei ole ohjeita päihtyneen asiakkaan hoitotilanteen hoitamiseen työturvallisuuden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Kotihoidon työntekijät kokivat, että Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintalinjoissa ja työkäytännöissä on epäselvyyttä. Epäselvää oli esimerkiksi se, että onko kaupungilla organisaationa työntekijöilleen yhteisiä toimintatapoja/toimintalinjoja kohdata päihtynyt asiakas. Kotihoidon sisällä tiimeissä on omia toimintatapoja ja niistä työntekijät keskustelevat keskenään. Yksi toimintatapa tai toimintaehto on se, että asiakkaan tulee olla sitoutunut hoitoon. Kotikäyntien aikana asiakkaiden tulee olla selvin päin ja siihen asiakkaita yritetään sitouttaa. Mikäli asiakas on häiritsevä humalassa, niin asuntoon ei ole pakko mennä sisälle. Tällaisissa tapauksissa riittää, kun näkee ja tarkistaa asiakkaan kunnon siinä asiakkaan ovella. [...] *jos on päihtynyt, niin sillon ei tarvii työturvallisuudenkaan takia [...] (T5,19)* Kotihoidon kriteereissä on määriteltä, että kotihoidon työntekijöiden koskemattomuus on turvattava. Tarvittaessa käynneille on mahdollista ottaa mukaan turvamies. (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli –hankkeen loppuraportti 2009, 120.) Tiimeissä on myös käytäntöjä haastavimmille asiakastapauksille. Työparitoiminta on hyvin yleistä ja sitä käytetään aina tarvittaessa ja aikataulujen sallimissa rajoissa.

*Sit jos yhtään arveluttaa, niin meidän tiimissä soitetaan työpari paikalle, [...] että nyt on tilanne semmonen, että hommat pitää hoitaa, mutta asiakas on humalassa, niin sitten tehdään parityönä, mikä on äärettömän järkevää. (T2,21)*

Kotihoidon työntekijöillä on asiakkaita, joiden kanssa on tehty sopimus, että he ottavat yhteyttä, kun ovat selvin päin. Tämä on molemmille osapuolille selkeä järjestely ja tällä varmistetaan se, että asiakas on selvä, kun lääkkeet jaetaan. Lääkkeitä ei pääsääntöisesti jaeta asiakkaan ollessa humalassa. Lääkkeiden jakamisesta ja asiakkaan päihdetilaan liittyen löytyi myös hieman erilaisempi linja.

*Jos asiakas on vain sen verran päihtynyt, että me pystytään ne hommat hoitamaan, niin se on jokaisen oman harkinnan mukaan. Käytännössä meidän ei oo pakko mennä asiakkaan luo, joka on humalapäissä, koska siihen liittyy niin paljon riskejä. Jokainen tekee sen vähän oman filiksen mukaan, mikä on ihan hyväkin asia, koska osa meidän asiakkaista on jatkuvassa kännissä ja semmosta päivää ei tuu, että he olis selvin päin ja ne lääkkeet täytyy kuitenkin jakaa. (T2,20)*

Lääkkeiden jakamisesta päihtyneille asiakkaille oltiin montaa eri mieltä ja erityistä haastetta koettiin iltavuoron lääkkeiden jaosta. Työntekijöiden keskuudesta ei löytynyt yhtenäistä lääkkeiden jakoon liittyvää toimintatapaa, jota kaikki työntekijät olisivat noudattaneet. Viljasen (2010, 16-17) mukaan kotihoidossa kohdataan viikoittain päihdeongelmaisia, joista monilla on myös mielenterveydenongelmia. Kotihoidon nähdään olevan todella huolissaan siitä, että miten ja mitä lääkkeitä tällaisille henkilöille voidaan yleensä jakaa. Huoli on aiheellinen sillä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusta ikääntyneillä on tutkittu todella vähän. Yhteisvaikutuksista ei tiedetä riittävästi ja ne saattavat olla hyvin yksilöllisiä. Ikääntyneillä on käytössä runsaasti keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä sekä uni-, mieliala- ja rauhoittavia lääkkeitä. Aira (2007, 38) toteaa, että esimerkiksi tulehduskipulääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytöstä seuraa vatsalaukun limakalvon ärsyntyämistä ja tämä lisää suolistoverenvuodon riskiä. Tässä tutkimuksessa suurin osa kotihoidon työntekijöistä oli ymmällään lääkkeiden jakamiseen liittyvistä käytännöistä. Päihtyneille asiakkaille ei yleisesti ottaen jaettu lääkkeitä, sillä oltiin huolissaan alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksesta. Tässä kohtaa voidaan puhua huolestuneisuudesta, joka on välinpitämättömyyden vastakohta.

Lääkkeiden jakaminen päihtyneelle on myös moraalisesti arveluttavaa. Kolikon käänköpuolena on se, että lääkkeet jätetään jakamatta. Tässä tullaan sitten eettisten kysymysten äärelle. Lääkkeiden jakamatta jättäminen voi olla eettisesti sopimatonta, sillä ihminen tarvitsee sairauden hoitoon välttämättömät lääkkeet. Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009, 98) puhuvat eettisestä harkinnasta. Eettisessä harkinnassa mietitään vaihtoehtoja eettisestä katsantokannasta käsin, jotta voidaan muodostaa käsitys oikeasta tai väärästä ja parhaasta toimintatavasta. Empatian ja omatunnon rooli on myös merkittävä, sillä ne ovat harkintaa varten mukana tuomassa tietoa tilanteesta, eri ihmisten näkökulmista ja siitä, mikä voi olla oikein ja väärin. Harkinta on myös empatian ohella sosiaalista, sillä vertaamme asioita toisiinsa tai ihanteisiin, arvoihin ja normeihin. Mielipiteet ja valinnat näyttävät suunnan ihmisen arvomaailmaan.

Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009, 122-123) korostavat lisäksi, että hoitotyössä pyritään tekemään ja lisäämään hyvää. Hyvä voidaan määritellä esimerkiksi hyvänä terveytenä, toimintakykynä ja

elämänlaatuna. Hyvään pyrittäessä tulee arvioida lyhyen ja pitkän aikavälin hyvä sekä lyhyen että pitkän aikavälin paha. Hyvän ja pahan mittasuhteiden arviointi lyhyellä ja pitkällä aikavälillä on hankalaa, sillä on äärimmäisen vaikeaa tietää, johtavatko omat teot hyvään vai pahaan. Toisin sanoen edelliseen sitaattiin liittyen on äärimmäisen hankalaa ellei suorastaan mahdotonta tietää, että onko humalassa olevalle ihmiselle lääkkeiden jakaminen hyvää lisäävää vai kääntyykö se ihmistä itseään vastaan joko lyhyellä tai pitkällä aikavälillä.

Lääkkeiden ja päihteiden yhteisvaikutuksista toivottiin lisää tietoa lääkkeiden jakoon liittyvän päätöksenteon tueksi. Tähän toivottiin perusteellista koulutusta työnantajan puolesta. Tampereen kaupunkiin työnantajana oltiin muuten suhteellisen tyytyväisiä sen suhteen, että kaupunki järjestää koulutuksia työntekijöilleen. Kouluttautumiseen on siis mahdollisuus, jos itsellä vain kiinnostusta ja halua riittää. Koulutuksien suhteen nähtiin myös kehitettävää. Laajempia päihteisiin suuntautuvia koulutuksia toivottiin lisää. *Ikäihmisten palvelujen strategiassa* (2009, 14) korostetaan ikäihmisten hyvinvointia ja kotona asumista tukevia palveluita. Näitä tukemaan kehitetään päihde- ja mielenterveys-osaamisen vahvistamista koulutuksien kautta. Ikääntyneiden päihdeongelmat näyttävät asettavan työikäytännöille haasteita. Sitä pidetään yleisesti työnjaollisena ongelmana. Kaikkia hoitajia ei voi laittaa alkoholistasiaakkaan luokse, koska kaikista ei vain ole siihen työhön, vaikka jokaiselta kotihoidon työntekijältä löytyy jonkinasteista koulutusta päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Kyseisen asiakassegmentin hoitamisessa vaaditaan tiettyä luonnetta ja kiinnostusta kyseistä asiakasryhmää kohtaan. Lisäksi on hyväksyttävä väkivallan mahdollinen uhka työtehtäviä suoritettaessa. Tiimeissä alkoholistasiaakkaat on jaettu yleensä tietyille henkilöille ja osalla kotihoidon työntekijöistä saattaa olla vain alkoholisti- ja mielenterveysasiakkaita. Nämä työntekijät ovat erikoistuneet päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin.

Tiivistäen voidaan todeta, että kotihoidon työntekijöillä ei ollut yhtenäistä linjaa päihtyneen asiakkaan auttamiseen, jos asiakas makaa lattialla. Toiset työntekijät olivat sitä mieltä, että se ei kuulu heidän työtehtäviin. Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että aina pitää auttaa asiakas ylös lattialta. Ohjeista ei löytynyt ratkaisua epäselvään toimintalinjaan päihtyneen asiakkaan auttamisessa. Kotihoidon työntekijöiden ammattikulttuurista ja työkäytännöistä ei löytynyt myöskään hiljaista tietoa eikä taitoa.

Kotihoidon työntekijöiden työssä väkivallan uhka on arkipäivää. Tampereen kaupungin kotihoidon käytössä olevissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa ei ole todennäköisesti mainintaa/toimintaohjeita päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen. Työntekijät eivät olleet tietoisia, että onko kaupungilla organi-

saationa yhteisiä toimintaohjeita kohdata päihtynyt asiakas. Kotihoidon sisällä tiimeissä oli kehitetty omia toimintatapoja, joista työntekijät keskustelivat keskenään.

Yhtenä isona kysymysmerkkinä oli lääkkeiden jakamiseen liittyvä ohjeistus, jota ei työntekijöiden mukaan ole olemassa. Työntekijät joutuivat monesti miettimään, että onko turvallista jakaa näitä tiettyjä lääkkeitä asiakkaalle, kun hän on päihteiden vaikutuksen alainen. Työntekijöillä ei löydy yhteistä linjaa, jota he noudattaisivat lääkkeiden jakamisessa. Tampereen kaupungilta työnantajana toivottiin lisää koulutuksia erityisesti päihteisiin suuntautuen.

Kotihoidon työntekijöiden mukaan päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ei ole yhtä ja ainoaa oikeaa tapaa. Asiakkaan tietoihin on hyvä perehtyä ennen asiakaskäynnille menoa ja miettiä asioita valmiiksi. Turvallisuuden kannalta ja kaiken varalta on syytä selvittää poistumistie asiakkaan asunnosta ennen kotikäynnille menemistä. Päihdeasiakkaan kohtaamisessa toimiviksi käytännöiksi työntekijät olivat havainneet muun muassa sen, että yrittää itse työntekijänä olla mahdollisimman tavallinen. Ei esitä mitään muuta, kuin mitä on. Asiakkaat ovat äärimmäisen taitavia ihmisten ”lukijoita”. He kyllä huomaavat, mikäli ihminen ei ole aito tai aidosti tilanteessa läsnä. Hoitosuhde on hyvä olla selvitettyä asiakkaan kanssa. Asiakkaan pitää tietää, että hän on asiakas ja työntekijä on hoitaja. Sopimuksia tulee noudattaa ja niistä pyritään pitämään kiinni puolin ja toisin. Työntekijät pitävät aina sovituista asioista kiinni ja asiakkaat yrittävät pitää niistä kiinni välillä hyvin vaihtelevallakin menestyksellä. Hyvän kotihoidon toteutumisen yhtenä tärkeimpänä kriteerinä on, että asiakas ja kotihoidon työntekijä noudattavat yhdessä laadittua palvelu- ja hoitosuunnitelmaa (Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli –hankkeen loppuraportti 2009, 119).

## 8 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa olen etsinyt vastausta kysymykseen siitä, millaisena alkoholia käyttävät ikäihmiset pitävät toimintakykyään ja millaiseksi kotipalvelu arvioi toimintakyvyn. Halusin myös selvittää, millaisia kokemuksia ikäihmisillä ja kotihoidon työntekijöillä on päihdepalveluista. Hain vastauksia myös siihen, minkälaista on kotipalvelu ikäihmisten luona. Tutkimuksen aineistona toimivat ikääntyneiden alkoholiongelmisten kotihoidon asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden teema-haastattelut. Haastatteluja oli yhteensä 12 kappaletta, joista seitsemän ikääntyneiden asiakkaiden ja viisi työntekijöiden haastattelua. Toisen osan aineistosta muodostavat tekemäni havainnot kentällä. Näistä havainnoista pidin tiivistä kenttäpäiväkirjaa, jossa toin esiin myös kokemuksiani ja tuntojani autoetnografina. Tutkimusaineisto on kerätty vuonna 2010 ja siten hieman vanhentunutta. Olemme

kuitenkin todennäköisesti tänäkin päivänä samojen ongelmien ja epäkohtien äärellä, kuin aineiston keräämisen aikoihin. Tutkimuksen taustoittavana materiaalina ja ohjeistuksena on käytetty *Tampereen ikäihmisten palvelujen strategiaa 2009, Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* – hankkeen loppuraporttia vuodelta 2009 ja *Tampereen kaupungin päihdepoliittista suunnitelmaa 2009–2012*.

Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat löysivät elämän merkityksellisyyttä ylläpitävät tekijät sosiaalisista verkostoista, tarkemmin ottaen omista lapsista ja erityisesti lastenlapsista. Yleisesti ottaen ikääntyneiden tukiverkosto oli harva ja lasten apu oli korvautunut naapureiden tarjoamalla avulla. Tutkimustulos on ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan naapurit tuskin tuntevat toisiaan. Aineistosta nousivat esille ikääntyneiden kokemukset fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystään. Näistä yhden palasen irtoaminen tai horjuminen vaikutti muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Liikuntakyvyn heikkeneminen johti liikkumisen rajoittumiseen. Tällä oli suoranaisia vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin, erityisesti yksinäisyyden kokemiseen. Liikuntakyvyn heikentyminen johti asunnosta ulos lähtemisen vaikeutumiseen vähentäen näin sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuutta, johtaen lopulta sosiaalisen verkoston kapeutumiseen.

Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat antoivat alkoholille erilaisia merkityksiä. Alkoholin käytön puhetapoja löytyi seitsemän kappaletta ja ne ovat yksinäisyyden-, lääkitsemisen-, kulttuurin määrittämisen-, juhlahuomisen-, ryhmästä voimaa-, palkintojuomisen- ja toimeentulon puheetavat. Kaikki puheetavat olivat sidottuja johonkin tekemiseen, tilanteeseen, tapahtumaan tai kulttuuriin liittyviin tekijöihin. Yksinäisyyden puhetapa nousi esiin hyvin voimakkaasti. Alkoholin tehtävänä oli karkottaa yksinäisyys solmimalla kaveruussuhde käyttäjänsä kanssa. Yksinäisyyttä voidaankin pitää ikääntyneiden keskuudessa yhtenä tärkeimmistä motiiveista käyttää alkoholia. Syitä alkoholin käytölle ja sen lisääntymiselle löytyi myös elämän ristiriidoista sekä ongelmista. Elämän yksi suurimmista taitekohdista alkoholin käytön näkökulmasta oli työelämästä eläkkeelle jääminen, jonka jälkeen alkoi uusi jakso elämässä. Uuteen jaksoon siirtyminen voi olla vapauttavaa ja toisaalta jopa ahdistavaa. Oli vaikeaa hyväksyä sitä tosiasiaa, että ei ole enää hyödyllinen yhteiskunnalle työn loputtua. Perheen rakenteessa (lasten itsenäistyminen ja muutto kotoa) ja perhedynamiikassa tapahtuneet muutokset olivat myös omiaan lisäämään alkoholin kulutusta haastateltavien elämässä.

Alkoholin käyttäminen toi muutamalle ikääntyneelle haasteita arjen askareisiin. Kun otin avuksi etnografian, tarkalleen ottaen autoetnografian, havaitsin siisteysongelman. Tarkoitus oli, että lukija pääsee mukaan ikääntyneen kotiin ja tuntemaan esimerkiksi asunnossa leijailleen hajun. Autoetnografiaa hyödyntämällä saatu aineisto antaa tutkimukselle oman lisämausteensa, kun tutkija kirjoittaa

kokemuksistaan, näkemistään asioista, hajuista, mausta ja niin edelleen. Havainnoin ikääntyneiden ihmisten kotia ja pukeutumista sekä yleistä habitusta. Ihmiset olivat pukeutuneet mitä erikoisempiin vaatteisiin, jopa toppavaatteisiin sisätiloissa. Ikääntyneiden ihmisten motivaatio ja kyky huolehtia itsestään näytti vajavaiselta. Oli virtsan tuoksuisia vaatteita ja likaisia käsiä sekä hiuksia. Nämä havaitsemani asiat herättivät säälin tuntemuksia. Haastateltavien kodin yleinen epäsiisteys ja likaisuus hämmensivät minua.

Päihdepalveluiden käyttö oli kirjavaa ikääntyneiden keskuudessa. Päihdehoitopaikkoihin hoitojaksolle pääsemisessä oli edustettuna molemmat ääripää eli helppous ja vaikeus. Ikääntyneiden mukaan hoitoon pääseminen matalalla kynnyksellä koettiin vaikeaksi ja paikkoja oli todella vähän. Kotihoidon työntekijöiden mukaan hoitojaksolle pääsemiseksi oli useassa paikassa äärimmäisen tarkat ja jopa kohtuuttomat kriteerit. Nämä kriteerit olivat keino kontrolloida ja tehdä asiakasvalikointia päihdehoitoon pyrkivien asiakkaiden keskuudessa. Kotihoidon työntekijät toivat esille huolensa toimintakyvyn heikentämistä ikääntyneistä, joiden mahdollisuudet päästä päihdepalveluiden piiriin olivat todella vaikeat. Työntekijät näkivät ongelmallisena myös sen, että päihdekuntoutukseen kuuluvasta katkaisuhoidosta ei ollut aina mahdollisuutta päästä jatkokuntoutukseen ilman hoitojakson katkeamista ja kohtuuttoman pitkää odotusaikaa.

Ikääntyneillä oli paljon kokemusta eri päihdehoitopaikoissa vietetyistä päihdekuntoutusjaksoista. Negatiivisina tekijöinä kerrottiin päihdehoitopaikkojen muuttuminen laitosmaisiksi ja päihdehoidossa tapahtuvien toimintojen mittaaminen. Henkilökunnan läsnäolo asiakkaiden kanssa yhteisissä tiloissa oli todella vähäistä ja asiakkaiden mukaan häiritsevää. Se oli omiaan vaikuttamaan asiakastyöntekijä suhteeseen ja päihdehoidossa viihtymiseen negatiivisella tavalla. Päihdehoitopaikoissa ei ollut ikääntyneiden mukaan tarpeeksi aktiviteetteja, mikä oli syynä jopa hoidon keskeyttämisille. Päihdehoitopaikoissa käytettäviin hoitomenetelmiin ei oltu tyytyväisiä, sillä ne koettiin puutteelliseksi eikä niistä ollut käytännössä apua. Lääkärin käyntien ja lääkityksen yhdistäminen olisi ollut ikääntyneiden näkökulmasta paras vaihtoehto. Ikääntyneiden mukaan päihdeongelman hoitamisessa tärkeäksi tekijäksi nousivat omat valinnat. Keskustelut päihdeongelmista kotihoidon työntekijöiden kanssa olivat vaikeita, koska työntekijät olivat iältään nuorehkoja, eikä heidän ammattitaitonsa asian hoidossa luotettu.

Tulevaisuuteen ja alkoholin käyttöön liittyen löytyi kaksi suuntaa, luovuttaminen ja alkoholin käytön lopettaminen. Suurin osa ikääntyneistä toi esiin tosiasian, että he olivat luovuttaneet ”taistelun” alkoholismia vastaan. Alkoholin käytön lopettamista pidettiin myös mahdollisena ja enemmän toivottavana. Tulevaisuuden alkoholin käytöstä ja määrästä ikääntyneet kertoivat avoimesti, minkä

pohjalta voi arvioida suurimman osan olevan alkoholia kohtuuttomasti käyttäviä/suurkuluttajia. Suurkuluttaja käyttää alkoholia eniten yksinäisyyden karkottamiseen, kun kohtuukäyttäjä taas pal-kitsee itseään tehtyjen töiden jälkeen. Kohtuukäyttäjillä oli selkeästi positiivisempi näkemys ja usko tulevaisuuteen kuin kohtuuttomasti alkoholia käyttävillä.

Aineiston valossa tarkasteltuna ikääntyneiden alkoholin käyttö oli vaarallisella tasolla. Terveydenti-laan haluttiin parannusta, mutta samalla alkoholin käytön määriin ei uskottu tulevan vähenemistä tulevaisuudessa. Terveydentilan kohenemisesta annettu kuva oli epärealistinen suhteessa käytetyn alkoholin määrään nähden. Ikääntyneiden kertoessa tulevaisuudestaan ja alkoholin käytön mahdol-lisista muutoksista havaitsin negatiivista asennetta juomisen lopettamisen suhteen. Kenttämuistiin-panojen mukaan ihmisten eleistä ja ilmeistä oli myös tulkittavissa tietynlaista luovuttamisen ilma-piiriä alkoholin käytön suhteen. Toisin sanoen alkoholi oli ottanut ylliotteen ikääntyneiden elämästä.

Kotihoidon työntekijät tunnistivat alkoholin liiakäytön haittoja erilaisten ulkoisten tekijöiden pe-rusteella, lähinnä fyysisistä oireista. Oli joitakin ääritapauksia, joissa ei tosin ollut mitään ulkoisia viitteitä alkoholin käytöstä. Alkoholin määrä selvisi vasta puhallutuksen yhteydessä ja tuli työnteki-jöille täytenä yllätyksenä. Työntekijöiden mukaan ikääntyneillä oli suuria ongelmia sosiaalisissa suh-teissa ja talouteen liittyvät asiat olivat yleisesti ottaen sekaisin. Mielenterveyden ongelmat olivat myös isoja ongelmia. Hyvän ja luottamuksellisen asiakas-työntekijä suhteen rakentaminen vaatii pitkää suhdetta. Lisäksi tarvitaan asiakkaan kunnioittamista, ja keskusteluissa on syytä pitää mieles-sä asiallisuus sekä moralisoimattomuus. Kotikäyntien isona ongelmana oli työntekijöiden puutteel-linen läsnäolo, mikä ilmeni työntekijöiden rutinoituneissa käytöstavoissa. Kotihoidon työntekijöi-den epästabiilius työssään ja suuri työntekijöiden vaihtuvuus olivat omiaan vaikeuttamaan hyvän sekä luottamuksellisen asiakas-työntekijä suhteen muodostumista.

Kotihoidon työntekijät toivat esiin epäkohdan, joka on mielestäni äärimmäisen huolestuttavaa. Ko-tihoidon työntekijöiden kesken ei vallinnut konsensusta siitä, että miten lattialla makaavaa huma-laista asiakasta tulisi kohdella eli nostetaanko hänet ylös vai jätetäänkö makaamaan. Kaupungin ohjeistukseen ei kertonut ratkaisua tähän työtyyliin liittyvään ristiriitaan. Työntekijöiden mukaan kuntouttava työote ei ole keskeisiä työkäytäntöjä, vaikka työotteeseen kuuluu asiakkaan toiminta-kyvyn huomioiminen. Työtyyleihin ja työkäytäntöihin toi omat haasteensa väkivallan uhka, joka oli arkipäivää kotihoidossa. Väkivallan uhka ja päihtyneen asiakkaan kanssa toimiminen nostivat esiin vastuukysymyksen. Työntekijöillä oli epätietoisuutta siitä, onko kaupungilla organisaationa ohjeita päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ja miten vastuukysymykset koskevat erilaisia työkäytäntöjä. Ohjeistuksen puuttuminen ilmeni myös lääkkeiden jakamisessa. Työntekijöiden omaan harkintaan

jäi, annetaanko lääkkeitä päihtyneelle asiakkaalle vai ei. Kotihoidon työntekijöiden mukaan on tärkeää muistaa päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa olla mahdollisimman tavallinen ja aito. Ennen asiakaskäynnille menoa työntekijät yleensä perehtyivät asiakkaan tietoihin ja selvittivät varmuuden vuoksi yhtenä varotoimenpiteenä poistumistien.

## **Johtopäätökset**

Nykyinen suomalainen alkoholikulttuuri on kehittynyt vuosisatojen saatossa. Suomalaisten juomatavat ovat muuttuneet arkisen juomisen suuntaan. Näin ainakin oli kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden keskuudessa. Nykyisin alkoholin käyttö on arvolatautunutta ja rajaton puheenaihe arkikeskusteluissa sekä julkisuudessa. Suomalaisten juomatapaa hallitsee humalakeskeisyys ja on sanottu, että humala on kiinnittynyt suomalaiseen alkoholikulttuuriin jäädäkseen. Juomatapoja on tutkittu vuodesta 1968 alkaen ja vuosi 1969 oli ”märälle sukupolvelle” merkittävä vuosi keskioluen myynnin vapautumisen vuoksi. ”Märkä sukupolvi” on kasvanut liberaalin alkoholikulttuurin aikana ja se on omaksunut vapaat alkoholin käytön tavat sekä arvot. (ks. Sulkunen 1980; Sulkunen 1981.) Eläkeikäisten alkoholin käyttö on edelleen lisääntymään päin ja erityinen huoli on noussut ”märän sukupolven” eläkkeelle jäämisestä. Alkoholin käytön pelätään kasvavan korkeisiin lukuihin ja tuovan lisää ongelmia, jotka ovat haaste nykyiselle palvelujärjestelmälle.

Palvelujärjestelmään joudutaan todennäköisesti tekemään jonkinasteisia muutoksia ja samalla päihdehoitopaikkojen toimintaa pitää tarkastella uudelleen. Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat eivät olleet tyytyväisiä päihdepalvelujen nykyiseen laajuuteen ja toivoivat lisää mahdollisuuksia. Päihdehoitopaikkojen työmuodot eivät vastanneet ikääntyneiden odotuksia ja niistä saatava konkreettinen apu oli vähäistä. Parannusehdotukseksi esitettiin alan ammattitaitoisten asiantuntijoiden mukaan tuloa ja heidän ammattitaitonsa hyödyntämistä esimerkiksi ryhmämuotoisissa toiminnoissa. Ikääntyneet toivoivat kaupungin myös ottavan vastuun heikkokuntoisten ihmisten kuljetuksista kokonaisvaltaisesti. Tampereen kaupungilla on oma päihdepoliittinen suunnitelmansa, jota tulevaisuudessa joudutaan päivittämään ongelmien kasvaessa ja muuttuessa. Tulevaisuuden yksi suurimmista haasteista kotihoidolle on muistiasiakkaiden hoito, esimerkiksi alkoholidementia. Karkean arvion mukaan dementoivat sairaudet tuovat mukanaan ikääntyneille eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. (Niemelä & Isoaho 2009, 165.) Alkoholista aiheutuva dementia tuo tulevaisuudessa uuden lähestymisen ikääntyneiden päihdeongelmista käytävään keskusteluun. Erimielisyyttä ja pitkiä neuvotteluja on luvassa, kun mietitään kuuluuko henkilöiden hoito vanhustenhuollon vai päihdehuollon palvelujärjestelmän piiriin. (Alanko & Haarni 2007, 76.) Päihdepalvelujärjestelmän



palaset joudutaan ottamaan lähempään tarkasteluun ja mahdollisesti luomaan uusia palasia palvelujärjestelmään, jotta pystytään noudattamaan kuntien velvollisuutta päihdehuoltolain (41/1936, 1-3. §:n) mukaan järjestää päihdehuollon palvelut palvelutarpeita vastaaviksi. Nykyinen palvelujärjestelmä näyttää olevan pirstaloitunut, eikä erityisesti ikääntyneille suunnattuja palveluja ole olemasakaan. Koistisen (2003, 48) mukaan ikääntyvän väestön muuttuva palvelujen tarve asettaa haasteita palvelujen kehittämiseksi. Kehittämisessä tulisi ottaa huomioon monimuotoistunut vanhuskuva ja ikääntyneille suunnattujen palvelujen pitäisi eriytyä tarpeiden mukaisesti.

Kotihoidon työntekijöiden mukaan Tampereelle tarvittaisiin paikka, johon saisi ikäihmisen vaivatta puhelinsoitolla hoitojaksolle. Tarvitaan konkreettisesti matalan kynnyksen paikkoja alkoholisoituneille ikäihmisille. Lääkäreille tulisi suoda valtuudet tehdä pakottavia päätöksiä alkoholisoituneiden ihmisten hoitoon saamiseksi ja jatkohoidon turvaamiseksi. Tällä hetkellä ihmisten itsemääräämisoikeus tekee hoitoon pakottamisesta todella vaikeaa ellei mahdotonta ja onnistuu vain äärimmäisissä tapauksissa. Pakottavat päätökset mahdollistaisivat hoitoketjun katkeamattomuuden niin, että ihmisillä olisi myös suurempi todennäköisyys päästä takaisin kiinni raittiiseen elämään. Päivätoimintapaikkoja toivottiin lisää ikääntyneille ihmisille ja ennen kaikkea ikääntyneille päihteidenkäyttäjille omia paikkoja. *Ikäihmisten palvelujen strategian* (2009, 14-18) mukaan ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseen vaikuttavat tilaajan kaupunkistrategiat. Yhtenä strategiana on yhteisöllisen toiminnan kasvattaminen. Tämä tapahtuu alueellisia päivätoimintapaikkoja lisäämällä. Ikääntyneille tulee turvata aktiviteettien riittävyys, jotta pystytään vaikuttamaan ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseen tai ainakin ylläpitämiseen. Aktiviteettinen parantamisen yksi muoto on päivätoiminnan lisääminen, mikä tapahtuu avopalveluita lisäämällä sekä kehittämällä. Päätökset näistä asioista tehdään kaupunginvaltuuston ja erinäisten lautakuntien toimesta.

Kotihoidon työntekijät toivat esille kentällä ja kotikäynneillä havaittuja ongelmakohtia ja näiden pohjalta syntyi useita kehittämis ehdotuksia. Päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa ilmeni joitakin sellaisia tilanteita, joihin työntekijöillä tai työnantajalla ei löytynyt toimintatapoja. Ikääntyneet asiakkaat toivoivat työntekijöiden olevan iältään vanhempia ja kokeneempia, jotta he voisivat ymmärtää paremmin heidän ongelmansa. Kurosen (2007, 138) mukaan kotihoidon työntekijöillä tulisi olla elämänkokemusta, sillä kodeissa näkee väistämättä asioita, jotka muovaavat työntekijän ajattelutapaa elämästä ja maailmasta. Leskeys, yksinäisyys, sairaus, kuolema, eritteet, hajut, pelot ja huolet saattavat nujertaa työntekijän, jos nämä asiat tulevat uusina ja ennen kokemattomina. Aiempi elämänkokemus tuo turvaa työntekijän ja asiakkaan välille sekä näin ollen mahdollistaa luottamuksellisen asiakas-työntekijä suhteen kasvamisen. Luottamuksellinen suhde työntekijän ja asiakkaan välillä madaltaa myös kynnystä vaikeiden asioiden kuten päihteiden käytön puheeksi ottamiseen iästä-

kin riippumatta. Gothóni (2007, 16-17) painottaa kotihoidossa dialogista kohtaamista. Kohtaaminen itsessään on tärkeä ja työntekijän tulee nähdä vanhus persoonana eikä hoidon kohteena. Syyllistävän ilmapiirin luomista ja sallimista pitää välttää kaikin keinoin. Kotihoidon työntekijöillä on myös kehitettävää omissa työtavoissaan. Elorannan (2009, 6) mukaan kotihoidon työntekijät eivät välttämättä osaa tukea ikäihmisten voimavaroja ja saattavat tehdä päätöksiä ilman ikäihmisen mielipidettä. Asiakkaiden ajatuksia ja toiveita on myös jätetty huomioimatta.

Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat kertoivat alkoholin käytön määrästä siloitellun kuvan tutkijalle. Tein ikääntyneiden luona havaintoja asuntojen likaisuudesta ja ihmettelin, kuinka he voivat elää kaaoksen ja lian keskellä. Voidaan kysyä, kuka määrittää elämisen normit ja asunnon siisteyden. Eikö ihmisellä ole oikeus elää omassa kodissaan, niin kuin parhaaksi näkee ja kokee ainakin siihen saakka kunnes, siitä on huolta tai haittaa muille ihmisille? Kansanterveysnäkökulman mukaan puhdas koti oli kodikas ja puhtauden noudattaminen osa elämäntapaa. Vastuu kasvatuksesta oli kodin tehtävä. (Kuusi 2003, 47-48.) Onkin aiheellista miettiä, haluavatko ikääntyneet oikeasti asua epäsiistissä asunnossa nykynormien mukaan mitattuna vai onko kyseessä vain ongelmia siisteyden huolehtimisen kanssa.

Tutkimuksen aineistosta nousi esiin myös kaltoinkohtelu. Fyysisen ja psyykkisen kaltoinkohtelun kohteena olivat lähes poikkeuksetta naiset ja kaltoinkohtelijana mieshenkilö. Tällöin oli kyseessä seksuaalinen hyväksikäyttö. Taustalla vaikuttaa miesten valta-asema ja sen väärinkäyttö, jossa tarkoituksena on alistaminen ja pahoinpitely. Sulkavan (2010, 408) mukaan myös hoitohenkilökunta saattaa olla kaltoinkohtelijana. Kaltoinkohteluksi lasketaan tuolloin lääkkeiden varastaminen ja kovakourainen käsittely sekä taloudellinen hyväksikäyttö.

Kaikki työntekijät halusivat lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksen liittyvän tiedon lisäämistä perusteellisen koulutuksen kautta. Tampereen kaupunki on pyrkinyt lisäämään henkilöstönsä koulutusta päihde- ja mielenterveysasioihin liittyen, mutta työntekijät pitivät sitä riittämättömänä. Väkivallan välttämiseen ja vastuukysymykseen haluttiin työantajalta lisätietoja. *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* –hankkeen loppuraportin (2009, 120) mukaan työntekijöiden koskemattomuuden turvaamiseksi oli käytössä tarvittaessa turvamiehen palvelut. Haastavissa asiakastapauksissa oli myös mahdollista käyttää työparitoimintaa, joten yksin ei tarvinnut asettua uhan alle kotikäynnillä.

Kotihoidon asiakkuuden alkaessa tehdään kaikkien asiakkaiden kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, johon asiakkaat pääsevät esittämään oman mielipiteensä ja näkemyksensä. Lääketieteen tohtori Marja Airan (2007, 38) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi olla selkeä suunnitelma kuin-

ka toimitaan, jos asiakas on päihtymyksen alainen. Tämä mahdollistaisi sen, että yksittäisen työntekijän ei tarvitse miettiä esimerkiksi vastuukysymyksiä. Vastuukysymysten miettiminen on selkeästi työnjohdollinen ja organisatorinen asia, jonka kuuluisi olla hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Medikalisaatio on lääkkeistänyt yhteiskuntaamme ja kulttuuriamme tuoden samalla mukanaan uusia lääkkeitä sekä hoitokeinoja. Ikääntyneiden yksinäisyyden lievittämiseen on haettu apua lääkkeistä, vaikka jokin muu keino voisi olla parempi. Herää väistämättä kysymys, onko medikalisaatio tullut auttamaan markkinatalouden ja tilaaja-tuottajamallin aikaansaamaa aukkoa palvelujärjestelmässä erityisesti ikääntyneisiin liittyen. Ikääntyneet tarvitsivat seuraa yksinäisyyteen eikä lääkkeitä.

Kotihoidon työntekijät kokivat olevansa kokonaisvaltaisesti vastuussa asiakkaan asioiden ja tilanteen hoitamisessa. Kotihoidon työntekijöiden mukaan asiakkaiden saaminen edunvalvontaan koettiin ongelmalliseksi ja siihen haluttiin työnantajan kautta lisää tietoa sekä työvälineitä. Tenkanen (2003, 15-18) korostaa, että kotihoidon tarkoituksena on tukea ikääntyneiden kotona selviytymistä ja ylläpitää vanhusten elämänlaatua. Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008, 27) mukaan laadukas kotihoito pohjautuu perusteelliseen toimintakyvyn arviointiin. Asiakkaan terveydentilaa tarkkaillaan ja mahdollisiin muutoksiin reagoidaan nopealla syklillä. Laadukas kotihoito edistää myös kuntoutumista ja ottaa huomioon ikääntyneen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset kuntoutumisen tarpeet. Käytännössä kuntouttavan työotteen käyttö motivoi ja auttaa asiakkaita käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan arjen askareissa. Tampereen kaupungin ohjeistus *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli* -hankkeessa (2008, 27) mainitaan, että kotihoidon työkäytäntöjä kuntouttavaan suuntaan ei ole kunnolla kehitetty. Samalla kotihoidon kehittäminen laaja-alaisesti on ollut puutteellista. Toisin sanoen laadukasta kotihoitoa ei ainakaan tutkimusajankohtana ole pyritty tarjoamaan ikääntyneille kotihoidon asiakkaille Tampereen kaupungissa. Samalla on varmistettu, että ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden voimavarat ja toimintakyky tulee heikentymään nopeasti ja mahdollisesti loppumaan kokonaan.

Kotihoidon työntekijä kiteytti ajatuksen nykyisestä päihdepalvelujärjestelmästä; ”*palvelujärjestelmä on kääntänyt selkänsä ikäihmisille!*” Tämä pitää paikkansa ainakin tutkimuksen ohjeistukseen peilaten ja kaikkienensa tutkimusmateriaalia tarkasteltaessa. Selkä on käännetty ikäihmisille, mutta toisaalta on keksitty kotikatko, joka aloitti toiminnan vuonna 2014. Se on suunnattu alkoholiongelmaisille ikääntyneille, joilla on vaikeuksia käydä katkaisuhoidossa kodin ulkopuolella (Tampereen kaupunki 29.4.2015). Palvelu on varmasti erittäin tervetullut ja tarvittu lisä päihdepalvelujärjestelmään. Nähtäväksi jää, tuleeko tästä pilotista pysyvä katkaisuhoidon muoto päihdepalvelujen kentälle ja onko se riittävä uudistus. Erityisen kiinnostava kohde jatkotutkimukselle on kotikatko ja sen

rooli päihdepalveluissa. Mikä on muuttunut kotikatkon alkamisen myötä ja millainen merkitys kotikatolla on päihdepalvelujärjestelmässä?

Anttosen (2009, 75) mukaan ikääntyneillä ei ole subjektiivista oikeutta kotipalveluihin. Ikääntyneet alkoholiongelmaiset kotihoidon asiakkaat eivät ole tasavertaisessa asemassa esimerkiksi päihdehoitoon pääsemiseen suhteen verrattaessa työikäisiin. Aineiston perusteella voidaan sanoa, että portinvartijuutta ilmeni hyvin yleisesti päihdehoitopaikoissa ja kunnan puolella budjetista vastaavien taholla, sillä ikääntyneille ei ollut järjestetty laadukkaita ja tarpeellisia päihdehoidon palveluita. Tätä on selitetty useasti kunnan määrärahojen puutteella ja kunnan kireällä taloudellisella tilanteella. Ikääntyneiden päihdepalveluiden rahalliseen investoimattomuuteen voi syy löytyä myös kunnan hallinnosta ja siitä arvomaailmasta, joka kunnallispolitiikassa on ollut vallallaan.

Lopuksi Gothónin (2007, 16-17) näkemys kotihoidon työntekijöille ja ikäihmisten palveluista päätäville tahoille sekä meille kaikille;

Vanhana ja arvostettuna

Mitä sanot minusta. Mitä uskot minusta. Miten katsot minua. Mitä teet minulle. Miten kuuntelet minua. Sellainen minusta tulee. Saanhan olla vanha ja arvostettu ihminen.

## Lähteet

- Aalto, Mauri (2010b) Alkoholiriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 39-42.
- Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) (2007) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ahola, Eija (1989) Happy Hours. Uuden keskiluokan ravintolaelämää. Helsinki: Hanki ja Jää Oy.
- Aira, Marja (2007) Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet – riskialtis yhdistelmä. Teoksessa Anna Alanko & Ilkka Haarni (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 35-44.
- Alanko, Anna & Ilkka, Haarni (toim.) (2007) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Alasuutari, Pertti (toim.) (1984) Keskustelua laadullisesta tutkimuksesta. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos sarja C28/1984.
- Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Alho, Hannu (2010) Alkoholiriippuvuuden lääke- ja psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 56-57.
- Alkoholikatkaisuhoido (Kotikatko) (2014) Tampereen kaupunki.  
<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/kotonaasuvall/palveluja/kotikatko.html>. Viitattu 29.4.2015.
- Allardt, Erik (1976) Alkoholitutkimussäätiön yhteiskunnallisen tutkimuksen heijastusvaikutukset. Alkoholipolitiikka 41:1, 13-20.
- Aldred, Pam & Gillies, Val (2002) The Ethics of Intention: Research as a Political Tool. Teoksessa Mauthner, Melanie & Birch, Maxine & Jessop, Julie & Miller, Tiina (eds.) Ethics in Qualitative Research. London: Sage Publications, 32-52.
- Anttila, Tiia & Helkala, Eeva-Liisa & Viitanen, Matti & Kåreholt, Ingemar & Fratiglioni, Laura & Winblad, Bengt. & Soininen, Hilikka & Tuomilehto, Jaakko & Nissinen, Aulikki & Kivipelto, Miia

(2004) Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *British Medical Journal* 329 (4), 539-542.

Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) (2009) *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino.

Anttonen, Anneli (2009) Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 54-98.

Apo, Satu (2001) *Viinan voima. Näkökulmia suomalaisten kansanomaiseen alkoholiajatteluun ja – kulttuuriin*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.

Bourgeault, Ivy & Dingwall, Robert & Vries, de Raymond (eds.) (2010) *Qualitative Methods in Health Research*. London: Sage.

Davies, Bronwyn & Gannon, Susanne (2006) *Doing Collective Biography*. Berkshire: Open University Press.

Denzin, Norman & Lincoln, Yvonna (eds.) (2000) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Douglas, Mary (2000) Puhtaus ja vaara. Rituaalistisen rajanvedon analyysi. Suom. Virpi Blom ja Kaarina Hazard. Tampere: Vastapaino.

Ellis, Carolyn & Bochner, Arthur P. (2000) Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. Teoksessa Norman Denzin & Yvonna Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 733–768.

Eloranta, Sini (2009) Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turku: Turun yliopisto.

Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina (2008) *Vireään vanhuuteen*. Helsinki: Tammi.

Engeström, Yrjö & Niemelä, Anna-Liisa & Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha (toim.) (2009) *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, Antti (1975) *Sosiologian tutkimusmenetelmät 2*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Eskola, Jari (2007) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Ettorre, Elizabeth (2010) Autoethnography: Making Sense of Personal Illness Journeys. Teoksessa Ivy Bourgeault, Robert Dingwall & Raymond De Vries (edited) Qualitative Methods in Health Research. London: Sage, 478–496.

Falk, Pasi & Sulkunen, Pekka (1980) Suomalainen humala valkokankaalla – suomalaisen miehen myyttinen fantasia. Teoksessa Pertti Alasuutari (toim.) Keskustelua laadullisesta sosiaalitutkimuksesta. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos sarja C28/1984, 111–136.

Fingerroos, Outi & Opas, Minna & Taira, Teemu (toim.) (2004) Uskonnon paikka. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Goffman, Erving (1969) Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Suom. Auli Tarkka & Riitta Suominen. Helsinki: Marraskuun liite.

Gordon, Tuula & Hynninen, Pirkko & Lahelma, Elina & Metso, Tuija & Palmu, Tarja & Tolonen, Tarja (2000) Koulun arkea tutkimassa. Kokemuksia kollektiivisesta etnografiasta. Naistutkimus 20:1, 17-32.

Gothóni, Raili (2007) Vanhana ja arvostettuna – dialoginen essee vanhuudesta. Teoksessa Taimi Tulva & Ilkka Uusitalo & Kimmo Harra (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: OKKA-säätiö, 11-17.

Graham, Kathryn & Schmidt, Gail (1999) Alcohol use and psychosocial well-being among older adults. Journal of Studies on Alcohol 60, 345-351.

Granfelt, Riitta (1998) Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Helsinki: Suomalaisuuden kirjallisuuden seura.

Granfelt, Riitta (2004) Hetkeksi jaetut maailmat? Kokemuksia vankilasta ja tuetun asumisen yhteisöstä. Janus 12 (2), 134-154.

Grönfors, Martti (1982) Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.

- Grönfors, Martti (2001) Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 124–141.
- Haarni, Ilkka & Hautamäki, Lotta (2008) Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus.
- Haarni, Ilkka & Hautamäki, Lotta (2009) Elämäkokemus ja alkoholi: 60-75-vuotiaiden suhde alkoholiin teemahaastattelujen valossa. Gerontologia 1/2009, 3-13.
- Haarni, Ilkka & Viljanen, Maria & Alanko, Anna (2007) Ikääntyminen ja alkoholikäyttö – haaste vanhustenhuollolle, tilastontekijöille ja suvaitsevaisuudelle. Teoksessa Anna Alanko & Ilkka Haarni (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Hammersley, Martyn & Atkinson, Paul (1995) Ethnography. Principles in practice. Second Edition. London: Routledge.
- Heikkilä, Rauha & Finne-Soveri, Harriet & Ripsaluoma, Jussi & Parikka, Anja & Suojalehto, Ella & Noro, Anja (2008) Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI- järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Helsinki: Stakes.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) (2003) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 13-32.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (1995) Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus University Press.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2010) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus University Press.
- Holma, Tupu & Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (2002) Kuntouttava työote. Teoksessa Päivi Voutilainen & Marja Vaarama & Kaisa Backman & Leena Paasivaara & Ulla Eloniemi-Sulkava & U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49, 43-56.



Honkasalo, Marja-Liisa (2004) ”Elämä on ahasta täällä”. Otteita maailmasta joka ei pidä kiinni. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo & Terhi Utriainen & Anna Leppo (toim.) Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Tampere: Vastapaino, 51-81.

Honkasalo, Marja-Liisa & Utriainen, Terhi & Leppo, Anna (toim.) (2004) Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Tampere: Vastapaino.

Honkasalo, Marja-Liisa (2006) ”Aika aikaa kutakin”. Naisnäkökulmia toistoon ja toimijuuteen. Teoksessa Tarja Kupiainen & Sinikka Vakimo (toim.) Välimatkoilla. Kirjoituksia etnisyydestä, kulttuurista ja sukupuolesta. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, 103-121.

Hotanen, Juho (2010) Merleau-Ponty ja ruumiillinen subjekti. Teoksessa Timo Miettinen & Simo Pulkkinen & Joonas Taipale (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 134-150.

Hurme, Helena & Metsäpelto, Riitta-Leena (2004) Iäkkäiden sukupolvisuhteet perheessä. Teoksessa Tarja Liisa Raitanen, Tuomo Hänninen & Hannu Pajunen & Timo Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 514-528.

Hänninen, Vilma (2000) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 696.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ikäihmisten palvelujen strategia (2009). Tampere: IKILA 21.9.2009.

Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli –hankkeen loppuraportti (2009) Tampere: Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 8/2009.

Itäpuisto, Maritta (2001) Pullon varjosta valoon – vanhempiensa alkoholinkäytöstä kärsineiden selviytymistarinoita. Kuopio: Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 22.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) (2001) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (toim.) (1995) Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat: konstruktionistinen näkökulma. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.

Judén-Tupakka, Saila (2007) Askelia fenomenologiseen analyysiin. Teoksessa Eija Syrjäläinen & Ari Eronen & Veli-Matti Värri (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: University Press, 62-90.

Juntto, Anneli (2008) Asumisen muutos ja tulevaisuus. Suomen ympäristö 33/2008. Ympäristöministeriö. Helsinki: Edita prima oy.

Jyrkämä, Jyrki (2005) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino.

Jyrkämä, Jyrki (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Marjaana Seppänen & Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Jyrkämä, Jyrki (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia 4/2008, 190–203.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2013) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karisto, Antti (toim.) (2005) Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino.

Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.

Kettunen, Terttu & Ihalainen, Jarmo & Heikkinen, Hannele (2001) Monimuotoinen sosiaaliturva. Helsinki: WSOY.

Kiianmaa, Kalervo (2010) Alkoholin vaikutusmekanismi, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 17–30.

Koistinen, Pertti (2003) Hoivan arvoitus. Tampere: Vastapaino.

Koski-Jännes, Anja (8.2.2012) Riippuvuus ja addiktio? Mistä on kyse? Luento Riippuvuus yksilön ja yhteiskunnan ongelmana –kurssi. Tampereen yliopisto.

Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) (2008) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kuntalaki 17.3.1995/365.

Kuopila, Antti et. al (2007) Tilaaja-tuottaja-toimintatapa – Ideasta käytäntöön. Näin me sen teimme: Jyväskylä, Oulu, Raisio ja Rovaniemi. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kupiainen, Tarja & Vakimo, Sinikka (toim.) (2006) Välimatkoilla. Kirjoituksia etnisyydestä, kulttuurista ja sukupuolesta. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.

Kuronen, Tanja (2007) Vanhusten kotisiivous - hoivaa vai palvelua? Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 121-138.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusi, Hanna (2003) Tuberkuloosin torjunta ja moderni kansalainen. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 13-32.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999) Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Kyttä, Marketta (2004) Ihmisystävällinen elinympäristö. Tutkimustietoa ja käytännön ideoita rakennetun ympäristön suunnittelua varten. YIT, TKK (tarkista lähde..)

Laapio, Marja-Liisa (2007) Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Anna Alanko & Ilka Haarni (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 45-60.

Laatikainen, Tanja (2009) Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Laine, Timo (2007) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2008) Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993-2007. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2008.

Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.) (2009) Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lappalainen, Sirpa (2007) Havainnoinnista kirjoitukseksi. Teoksessa Sirpa Lappalainen & Pirkko Hynninen & Tarja Kankkunen & Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 113–133.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Le Grand, Julian (1982) The strategy of equality: redistribution and the social services. London: George Allen and Unwin.

Levo, Tarja (toim.) (2008) Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.

Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim (1994) 110, (11):1039, Vanhusten alkoholinkäyttö ja sen ongelmat.

[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo40214&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo40214&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=). Viitattu

12.2.2015.

Mauthner, Melanie & Birch, Maxine & Jessop, Julie & Miller, Tiina (eds.) (2002) Ethics in Qualitative Research. London: Sage Publications.

McWilliam, Carol L. (2010) Phenomenology. Teoksessa Ivy Bourgeault, Robert Dingwall & Raymond De Vries (edited) Qualitative Methods in Health Research. London: Sage, 229–248.

Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Edita.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1778.

Miettinen, Timo & Pulkkinen, Simo & Taipale, Joona (2010) (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Miettinen, Timo & Pulkkinen, Simo & Taipale, Joona (2010) Johdanto. Teoksessa Timo Miettinen & Simo Pulkkinen & Joona Taipale (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

- Miller, William (2008) Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Suom. Anja Koski-Jännes. Teoksessa Anja Koski-Jännes & Liisa Riittinen & Pekka Saarnio (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 16-40.
- Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Metso, Leena & Simpura, Jussi (2001) Muutokset suomalaisten juomatavoissa: Toiveet ja todellisuus. Yhteiskuntapolitiikka 66 (3), 265-276.
- Metsämuuronen, Jari (toim.) (2006) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Met-help Ky.
- Myllykangas, Markku (2009) Rahan raiskaama terveydenhuolto. Helsinki: Rasalas Kustannus.
- Mäkelä, Matti & Nieminen, Jarmo & Törmä, Sinikka (2005) Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Päihdepalveluiden kehittämishanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) (2010) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä, Pia & Österberg, Esa (2006) Alkoholinkäyttö Suomessa. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>. Viitattu 14.12.2010.
- Mäkelä, Rauno (2010) Alkoholiongelmat ja perhe. Teoksessa Kaija Seppä & Hannu Alho & Kallervo Kiiänmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 73-86.
- Niemelä, Anna-Liisa & Iso-Aho, Merja (2009) Muistisairauksien hoito – kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Yrjö Engeström & Anna-Liisa Niemelä & Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Luopaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-Kustannus, 165-200.
- Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anja Riitta (toim.) (2000) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino.
- Niemelä, Pauli (2007) Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Niskanen, Sirkka (2009) Hermeneuttisen psykologian tieteenfilosofinen traditio. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta –ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 89-114.

Nummijoki, Jaana (2009) Toiminta- ja liikuntakyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Yrjö Engeström & Anna-Liisa Niemelä & Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87-134.

Nykky, Tiina & Heino, Taina & Myllymäki, Eija & Rinne, Tuija (2010) Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kehittämiskeskus Tyynelä ja Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa/Kirjapaja.

Nyman, Juha (2009) Apteekin annosjakelu kotihoidossa. Teoksessa Engeström, Yrjö & Niemelä, Anna-Liisa & Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 235-270.

Nätkin, Ritva (toim.) (2006) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus.

Nätkin, Ritva (2007) Päihteet ja sosiaaliset ongelmat. Sosiaalipolitiikan peruskurssin luento syksy 2007, Tampereen yliopisto.

Nätti, Jouko & Anttila, Timo & Väisänen, Mia (2005) Tietotyö, työaika ja ajankäyttö kotitaloudessa. Teoksessa Hannu Pääkkönen (toim.) Perheiden ajankäyttö. Helsinki: Tilastokeskus, 41-66.

Ollila, Anne (1993) Suomen kotien päivä valkenee... Marttajärjestö suomalaisessa yhteiskunnassa vuoteen 1939. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura, Historiallisia tutkimuksia 173.

Opas, Minna (2004) Mitä on uskontoetnografia? Teoksessa Outi Fingerroos, Minna Opas & Teemu Taira (toim.) Uskonnon paikka. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 153–182.

Pajala, Satu (2012) Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Opas 16.

Palhoniemen huoltokoti (25.4.2015) Tampereen kaupunki.

<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/paihdepalvelut/paihdekuntoutus/laitoskuntoutus/palhoniemi/hoitopalvelut.html>. Viitattu 25.4.2015.

Palmu, Tarja (2007a) Kenttä, kirjoittaminen, analyysi – yhteenkietoutumia. Teoksessa Sirpa Lappalainen & Pirkko Hynninen & Tarja Kankkunen & Elina Lahelma & Tarja Tolonen (toim.) Etnografia metodologiana. Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. Tampere: Vastapaino, 137-150.

Palmu, Tarja (2007b) Kokemuksia ja tulkintoja kouluetnografiasta. Teoksessa Eija Syrjäläinen, Ari Eronen & Veli-Matti Värri (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampere University Press, 159-174.

Parkkinen, Pekka (2005) Vaikutukset vanhuusmenoihin. Teoksessa Antti Karisto (toim.) Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino, 298-318.

Peltonen, Matti (1988) Viinapäästä kolerakauhuun. Kirjoituksia sosiaalihistoriasta. Helsinki: Hanki ja Jää.

Peltonen, Matti (2006) Alkoholi ja suomalaiset 1900-luvulla. Teoksessa Matti Peltonen, Hanna Kuusi & Kaarina Kilpiö (toim.) Alkoholin vuosisata. Suomalaisten alkoholiolojen vaiheita 1900-luvulla. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 7-13.

Perttula, Juha & Latomaa, Timo (2009) Saatteeksi. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta –ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 9-16.

Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) (2009) Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta - ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Pietilä, Ilkka (2010) Ryhmä ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212-241.

Pietilä-Hella, Riitta (2010) Tuntemattomista vertaistuttaviksi. Esikoisäitien ja –isien perhevalmennusprosessi Espoon uudentyöppisessä perhevalmennuskokeilussa. Diakonia-ammattikorkeakoulu A Tutkimuksia 29.

Pohjola, Anneli (2007) Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Leena Viinamäki & Erkki Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11-31.

Pohjola, Anneli (2009) Tabut auttamisen paradoksina. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino, 69-89.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdelinkki. Testit. <http://www.paihdelinkki.fi/testit>. Viitattu 14.12.2010.

- Pääkkönen, Hannu (toim.) (2005) Perheiden ajankäyttö. Helsinki: Tilastokeskus
- Pöntinen, Seppo (2004) Sosiologian tutkimusmenetelmiä. Teoksessa Ismo Kantola & Keijo Koskinen & Pekka Räsänen (toim.) Sosiologisia karttalehtiä. Tampere: Vastapaino, 71-91.
- Pöysä, Jyrki & Järviluoma, Helmi & Vakimo, Sinikka (toim.) (2010) Vaeltavat metodit. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.
- Raitanen, Tarjaliisa & Hänninen, Tuomo & Pajunen, Hannu & Suutama, Timo (toim.) (2004) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY.
- Rantala, Taina (2006) Etnografisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky, 216-284.
- Rantala, Taina (2007) Kokemuksen etnografia – avain koulun arjen tunteisiin. Teoksessa Eija Syrjäläinen, Ari Eronen & Veli-Matti Värri (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampere University Press, 126-158.
- Rasinaho, Kirsi (2006) Alkoholin salakauppa Helsingissä vuosina 1919–1932. Teoksessa Matti Peltonen, Hanna Kuusi & Kaarina Kilpiö (toim.) Alkoholin vuosisata. Suomalaisten alkoholiolojen vaihteita 1900-luvulla. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 18–23.
- Rastas, Anna (2010) Haastatteluaineiston monet tehtävät etnografisessa tutkimuksessa. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 64-89.
- Raunio, Kyösti (2004) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.
- Rintala, Jyrki (2010) Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 119-124.
- Ronkainen, Raili & Ahonen, Sari & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena (2002) Hoito ja palvelu kotona. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama & Kaisa Backman & Leena Paasivaara & Ulla Eloniemi-Sulkava & U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49, 100-105.
- Roos, Jeja-Pekka (1987) Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 454.



- Routasalo, Pirkko (2010) Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä & Timo Strandberg & Raimo Sulkava & Matti Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 411-416.
- Ruisniemi, Arja (2006) Vanhemmuus päihderiippuvuudesta toipumisen voimavarana. Teoksessa Ritva Nätkin (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, 165-188.
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) (2005) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) (2010) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9-38.
- Ryynänen, Ulla (2000) Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riita Lahikainen (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 41-60.
- Saari, Juho (2009) Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro OY.
- Saarnio, Pekka (2009) Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 14–31.
- Salo, Ulla-Maija (1999) Ylös tiedon ja taidon ylämäkeä. Tutkielma koulun arjesta ja järjestyksistä. Jyväskylä: Acta Universitatis Lapponiensis. No 24.
- Sankari, Anne (2004) Ikääntyviä tietoyhteiskunnassa. Kulttuuriset ajattelutavat ja sosiaalinen tila. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Väitöskirja.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult (2009) Hoitotyön etiikka. Suom. Paula Nieminen. Helsinki: Edita.
- Seppä, Kaija & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.) (2010) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) (2007) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Simpura, Jussi (1985) Juomatapatutkimukset ja niiden tausta. Teoksessa Jussi Simpura (toim.) Suomalaisten juomatavat. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja N:O 34, 14.

Simpura, Jussi & Karlsson, Thomas (2001) Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000. A collection of country reports. Helsinki: Stakes.

Simpura, Jussi & Partanen, Juha (1985) Juomatavat muuttuvassa yhteiskunnassa. Teoksessa Jussi Simpura (toim.) Suomalaisten juomatavat. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Helsinki: Alkoholitutkimuksen julkaisuja N:O 34, 206–207, 210–211.

Sointu, Liina (2009) Koti hoivan tilana. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 176-199.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002) Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Stanley, Liz (1993) On Auto/Biography in Sociology. Sociology 27 (41), 41-52. <http://helios.uta.fi:2215/content/27/1/41.full.pdf+html>. Viitattu 31.8.2011.

STM (2006) Otetaan selvää. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6, 1-16.

Suhonen, Heikki (2005) Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48.

Suhonen, Heikki (2007) Ikääntyneet päihdeongelmaiset – meikäläisiä vai muukalaisia? Teoksessa Anna Alanko & Ilkka Haarni (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 71-77.

Suhonen, Heikki (2009) Ikääntyneiden päihteiden käyttö. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>. Viitattu 12.2.2015.

Suikkanen, Asko (1990) Työn riskit ja yhteiskunnallisten ratkaisujen sosiaalipoliittiset ulottuvuudet. Rovaniemi: University of Lapland Publications in the Social Sciences A 2.

Sulander, Tommi (2009a) Alkoholi maistuu yhä useammalle ikääntyneelle ihmiselle. Gerontologia 3, 157-162.

- Sulander, Tommi & Karisto, Antti & Haarni, Ilkka & Viljanen, Maria (2009b) Alkoholinkäytön ja hyvinvoinnin yhteyksiä. Alustavia tutkimustuloksia suurista ikäluokista. *Gerontologia* 1, 23-29.
- Sulkava, Raimo (2010) Ikääntyneiden kaltoinkohtelu. Teoksessa Reijo Tilvis & Kaisu Pitkälä & Timo Strandberg & Raimo Sulkava & Matti Viitanen (toim.) *Geriatria*. Helsinki: Duodecim, 406-410.
- Sulkunen, Pekka (1980) Alkoholin kulutus ja elinolojen muutos toisen maailmansodan jälkeen. *Sosiaalipolitiikan väitöskirja*. Helsinki.
- Sulkunen, Pekka (1981) The wet generation, living conditions and drinking patterns in Finland. Continuities in a reanalysis of Finnish drinking survey data. Reports from The Social Research Institute of Alcohol Studies no. 155. Helsinki: The Social Research Institute of Alcohol Studies.
- Sulkunen, Pekka (1985a) Raittiit. Teoksessa Jussi Simpura (toim.) *Suomalaisten juomatavat*. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Helsinki: Alkoholitutkimuksen julkaisuja N:O 34, 52–53, 208.
- Sulkunen, Pekka & Alasuutari, Pertti & Nätkin, Ritva & Kinnunen, Merja (1985b) *Lähiöravintola*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Surakka, Veli-Matti (2011) Yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö. Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/yleisimpien-laakkeiden-ja-alkoholin-yhteiskaytto>. Viitattu 12.2.2015.
- Sutton, Carole (2010) Embodying a Healthy Running Body in a British Non-Elite Road Running Community. Teoksessa Elizabeth Ettorre (toim.) *Culture, Bodies and the Sociology of Health*. Farnham: Ashgate Publishing Limited, 63-81.
- Syrjäläinen, Eija & Eronen, Ari & Värri, Veli-Matti (toim.) (2007) *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampere: Tampere University Press.
- Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) (2009) *Irti päihdeongelmista*. Helsinki: Edita.
- Tampereen ikäihmisten palvelujen strategia 2009 (2009) Tampereen kaupunki. [http://www.tampere.fi/material/attachments/i/5o7kFNhN0/Ikaihmisten\\_palvelujen\\_strategia.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/i/5o7kFNhN0/Ikaihmisten_palvelujen_strategia.pdf). Viitattu 14.12.2010.

Tampereen kaupungin päihdepoliittinen suunnitelma 2009–2012. Tampereen kaupungin Tietotutannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 10/2009.

Tedre, Silva (1993) Ammatillinen huolenpito vanhusten kotipalvelussa. Kahden naisen kohtaaminen yksityisen ja julkisen hauraalla rajalla. Joensuun yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Tedre, Silva & Pöllänen, Pirjo (1997) Hoivan herkäät alueet. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Tedre, Silva (1999) Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro. 40. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Tenkanen, Raija (2003) Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62/2003. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Tenkanen, Reija (2007) Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 180-192.

Tepponen, Merja (2009) Kotihoidon integrointi ja laatu. Integration and Quality of Home care. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171.

Tigerstedt, Christoffer & Törrönen, Jukka (2005) Muuttuvatko suomalaisten juomatavat? Kulttuurisen lähestymistavan jäljillä. Sosiologia 42 (1), 35-49.

Tiili, Miia-Leena (2011) Läsnaoloa ja refleksiivisyyttä. Ammatikulttuurin tutkimus Merleau-Pontyn fenomenologian valossa. Elore vol. 18 – 2/2011, 85-100. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura ry.

Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu & Strandberg, Timo & Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) (2010) Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tilvis, Reijo (2010) Kaatuileva vanhus. Teoksessa Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä & Timo Strandberg & Raimo Sulkava & Matti Virtanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 330-334.

Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.

Tolvanen, Eija (1996) Sopiiko alkoholi mummokuvaan? Naistutkimus 9(1), 29-37.

- Tourunen, Jouni (2000) Epäilyksen polttopisteessä. Tutkimus päihdekuntoutusosastosta vankilassa. Saarijärvi: Stakes tutkimuksia 112.
- Tulva, Taimi & Uusitalo, Ilkka & Harra, Kimmo (toim.) (2007) Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: OKKA-säätiö.
- Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryytänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Twigg, Julia (1997) Deconstructing the "social bath": help with bathing at home for older and disabled people. *Journal of Social Policy*, 26 (2). 211-232.
- Uotila, Hanna (2011) Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampere: University Press.
- Uotinen, Johanna (2010) Kokemuksia autoetnografiasta. Teoksessa Jyrki Pöysä & Helmi Järvi-luoma & Sinikka Vakimo (toim.) *Vaeltavat metodit*. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, 178-189.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes, 104-136.
- Valkonen, Tapani & Kauppinen, Timo M. (2005) Märkä ja nuorena nukkuva sukupolvi. Teoksessa Antti Karisto (toim.) *Suuret ikäluokat*. Tampere: Vastapaino.
- Varsa, Hannele (1993) Sukupuolinen häirintä ja ahdistelu työelämässä – näkymättömille nimi. *Sosiaali- ja terveysministeriö, tasa-arvojulkaisu, sarja A: Tutkimuksia 1/1993*.
- Varto, Juha (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Varto, Juha (2005) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Elan Vital. [http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto\\_laadullisen\\_tutkimuksen\\_metodologia.pdf](http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf). Viitattu 8.4.2015.
- Velberg, Reet (2007) Viron senioriopettajien toimeentuleminen ja tyytyväisyys elämään. Vapaaehtoistyöllä ulos yksinäisyydestä. Teoksessa Taimi Tulva, Ilkka Uusitalo & Kimmo Harra (toim.) *Vanhuuden monet kasvot*. Helsinki: OKKA-säätiö, 68-85.

Viinamäki, Leena & Saari, Erkki (toim.) (2007) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viinamäki, Leena (2007) Triangulatiivisen tutkimusasetelman soveltamismahdollisuudet. Teoksessa Leena Viinamäki & Erkki Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viljanen, Maria (2010) Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. A-klinikkasäätiö, päihdetyön erikoislehti Tiimi (1), 16-17.

Vilkko, Anni & Sulander, Tommi & Laitalainen, Elina & Finne-Soveri, Harriet (2010) Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigersted (toim.) Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 142-153.

Virtanen, Matti (1982) Änkyrä, tuiske, huppeli. Muuttuva suomalainen humala. Juva: WSOY.

Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) (2002) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, oppaita 49.

Väyrynen, Sanna (2009) Väkivallan tabu ja naisten huumeiden käyttö. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino, 179-203.

Wall, Sarah (2006) An Autoethnography on Learning about Autoethnography. International Journal of Qualitative Methods 5 (2), 1-13.

<http://helios.uta.fi:2067/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dab680d7-26f6-474f-8484-9bae7a40ee7e%40sessionmgr12&vid=4&hid=13>. Viitattu 31.8.2011.

Wall, Sarah (2008) Easier Said than Done: Writing an Autoethnography. International Journal of Qualitative Methods 7 (1), 38-53.

Weckroth, Antti (2006) Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 47.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009a) Ristiriitainen omaishoiva – läheisen auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 126-153.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009b) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 154-175.

Österberg, Esa (1985) Tilastoitu ja tilastoimaton alkoholinkulutus. Teoksessa Jussi Simpura (toim.) Suomalaisten juomatavat. Haastattelututkimusten tuloksia vuosilta 1968, 1976 ja 1984. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja N:O 34, 18–19, 207.

# Liitteet

## Liite 1. Esittelykirje

Esittelykirje 4.5.2011

Hei!

Teen tutkimusta ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksista liittyen Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmään. Ikääntyvien alkoholinkäyttöä on tutkittu niin Suomessa kuin kansainvälisesti melko vähän. Tutkimuksia, joissa ikääntyneet pääsevät kertomaan omasta alkoholinkäytöstään ja kokemuksistaan päihdepalveluihin liittyen, ei oikeastaan ole tehty. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden omien mielipiteiden ja kokemusten selvittäminen on tärkeää, jotta päihdepalveluita voitaisiin kehittää paremmaksi. Siksi jokaisen alkoholia käyttävän ikääntyneen osallistuminen tähän tutkimukseen on tärkeää!

Teen tätä tutkimustyötä opinnäyte eli Pro gradu -tutkielmaa varten Tampereen yliopiston sosiaali-politiikan opiskelijana. Tavoitteeni on haastatella viittä ikääntynyttä kotihoidon asiakasta, joita kuttakin tapaan kaksi kertaa heidän kotonaan. Etsin yli 65-vuotiaita ikääntyneitä naisia ja miehiä tähän tutkimukseen. Toivon, että olette yksi heistä!

Kotihoidon työntekijänne on antanut tämän kirjeen teille ja kysyy seuraavan kotikäynnin yhteydessä alustavaa kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Mikäli olette kiinnostunut tutkimukseen osallistumisesta, niin voitte ilmoittaa siitä kotihoidon työntekijälle. Kotihoidon työntekijä ilmoittaa sitten kiinnostuksenne eteenpäin. Voitte halutessanne myös itse ilmoittautua suoraan minulle. Ennen varsinaista haastattelua tulen tapaamaan teitä ennalta sovittuna ajankohtana yhdessä kotihoidon työntekijän kanssa. Tällä tapaamiskerralla esittäydymme puolin ja toisin sekä kerron teille tutkimuksesta. Tässä vaiheessa teillä on mahdollisuus tehdä tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Kysyn teiltä tuolloin alustavaa suostumusta tutkimukseen. Varsinainen haastattelu tehdään toisella tapaamiskerralla. Ennen haastattelua täytämme tutkimukseen liittyvän suostumuslomakkeen, jonka myös allekirjoitamme. Haastattelu tarkoittaa käytännössä vapaamuotoista keskustelua tutkitusta aiheesta. Keskustelumme nauhoitetaan ääninauhaksi. Kukaan ulkopuolinen, edes kotihoidon työntekijä ei tule kuulemaan nauhoitettua keskustelua, eikä teitä voida tunnistaa valmiista tutkimusraportista.



Toivon, että suhtaudut positiivisesti tutkimukseeni tästä tärkeästä ja ajankohtaisesta aiheesta. Jokaisen osallistuminen on tärkeää! Vastaan mielelläni kaikkiin kysymyksiin, joten voitte ottaa tarvittaessa yhteyttä. Yliopistolla tutkimustani ohjaa yliopistonlehtori Ritva Nätkin Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksiköstä.

Ystävällisin terveisin,

Jarno Puustinen                      p. xxxx                      jarno.puustinen@uta.fi

## Liite 2. Haastatteluun suostuminen

### Tutkimussuostumus

Suostun osallistumaan haastatteluun, jossa kerätään aineistoa opinnäytetyöhön, Pro gradu -tutkielmaan. Tutkimuksen aiheena on ikääntyneiden kokemuksia Tampereen päihdepalveluista ja tutkimuksen toteuttaa sosiaalipolitiikan opiskelija Jarno Puustinen.

Olen saanut tietoa tutkimuksen sisällöstä ja haastattelun toteuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää opiskelijalle kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Tiedän, että aineistossa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuihin tavalla, jossa tutkittavia henkilöitä ei voi tunnistaa. Olen myös tietoinen siitä, että voin keskeyttää haastattelun halutessani tai vielä kieltäytyä siihen osallistumisesta. Haastattelut nauhoitetaan aineiston myöhempää analysointia varten. Yllämainitun tutkimuksen päätyttyä kirjatut tekstitiedostot voidaan arkistoida opiskelijan mahdolliseen, samaa aihetta koskevaan jatkokäyttöön. Tiedostoja ei luovuteta ulkopuolisille.

Haastattelu tullaan tekemään haastateltavan kanssa hänen kotonaan. Haastattelun ajankohta sovitaan etukäteen.

Sovittu haastattelun ajankohta: \_\_\_\_\_

Suostumuksen allekirjoittamisen sekä haastattelun sopimisen päivämäärä: \_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Tutkijan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

### **Liite 3. Haastatteluteemat kotihoidon ikääntyneet asiakkaat**

Ikääntyneiden haastattelut

Teemahaastattelun runko

#### **Haastateltavan taustatiedot**

- sukupuoli ja ikä?
- siviilisääty ja koulutus?
- haastattelupaikka ja päivämäärä?

#### **Ajatukset omasta elämästä**

- Kerro elämästäsi tällä hetkellä? (miten arki rakentuu?)
- Mikä on näkemyksesi alkoholiin?
- Miten itse käytät alkoholia ja miten se näkyy arjessa?
- Miten ajattelet ikääntyvien käyttävän alkoholia?
- Millaisena näet tulevaisuutesi ja suhteesi alkoholiin?

#### **Päihdepalvelut Tampereella**

- Mitä käsität päihdepalveluilla/päihdepalvelujärjestelmällä?
- Mitä kaupungin sosiaali- ja terveystalveluita käytät/olet käyttänyt?
- Mihin olet kokenut saaneesi apua päihdeasioissa Tampereella?
- Mihin asioihin olet tyytyväinen/tyytymätön kuntasi päihdepalveluissa? Mitä muuttaisit tai miten kehittäisit päihdepalveluita?
- Tiedätkö, mistä saa apua edellä mainittuihin asioihin?

#### **Kohtelu ja tiedon saanti**

- Miten olet kokenut kotihoidon työntekijän käytöksen?
- Oletko saanut apua kotihoidon työntekijöiltä päihdeongelmaan liittyen?
- Onko työntekijän lähestyminen ollut helppoa vai vaikeaa ja mitä odotat/toivot työntekijältä?
- Onko työntekijät tarjonneet/esittäneet/kertoneet vaihtoehtoja päihdeongelman ratkaisemiseksi?
  - minkälaisia? riittävästi?
- Onko asioista puhuttu tarpeeksi ja ymmärrettävästi ja oletko mielestäsi saanut riittävästi tietoa päihdeiden käyttöön liittyen?
- Koetteko, että teillä on mahdollisuus osallistua elämäänne koskeviin päätöksiin?
- Mitä itse eniten toivot tapahtuvaksi? (elämäntilanteellesi, ongelmillesi)

## **Liite 4. Haastatteluteemat kotihoidon työntekijät**

Kotihoidon työntekijöiden haastattelut

Teemahaastattelun runko

### **Haastateltavan taustatiedot**

- Sukupuoli ja ikä?
- Työpaikka ja työnkuvaus?

### **Kokemukset ikääntyneiden päihteidenkäytöstä**

- Kuinka usein tapaat päihtyneen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotikäynnillä?
- Miten tunnistat alkoholin liiakäytön aiheuttamia haittoja asiakastyössä?
- Millaisia kokemuksia sinulla on ikääntyneiden päihteiden käytöstä?
- Miten ikääntyneet nimeävät päihteiden käytön ongelmansa?
- Miten ikääntyneiden päihteiden käyttö näkyy työssäsi?
- Kertoisitko joitakin konkreettisia esimerkkejä?

### **Kokemukset ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kohtaamisesta**

- Millaisia yhteisiä toimintatapoja organisaatiossanne on kohdata päihtynyt asiakas? Auttamisen keinot? Mitkä ovat keinot, joilla ikääntyneiden päihdeongelmaan pyritään vastaamaan? Vai vastaako?
- Oletko saanut koulutusta päihdeasiakkaan kohtaamiseen ja millaista koulutusta haluaisit/tarvitsisit?
- Miten valmistaudut päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen?
- Mikä on riittävän aikainen vaihe puuttua ikääntyneiden alkoholinkäyttöön?
- Millaisia haasteita ja ongelmia työkäytännöille ikääntyneen päihdeongelma asettaa?
- Millaisia toimivia käytäntöjä ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa olet työssäsi havainnut/kokenut?
- Mitkä asiat ovat päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa sellaisia, joihin sinulla tai työnantajallasi ei löydy toimintatapoja? Konkreettisia esimerkkejä?

### **Kokemukset päihteidenkäytön kohtaamiseen palvelujärjestelmän tasolla**

- Miten ikääntyneiden päihteidenkäyttö näkyy palvelujärjestelmässä?

- Miten ikäihmisten palvelujärjestelmä koetaan? Miten yhteistyö muiden palvelujärjestelmän toimijoiden kanssa koetaan?
- Tärkeimmät yhteistyökumppanit? Miksi he?
- Miten palvelujärjestelmä taipuu ikääntyneiden päihteenkäytön ongelmakohtiin tai arjen haasteisiin? Vai taipuuko? Konkreettisia esimerkkejä?
- Millaisena näet Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmän nyt ja tulevaisuudessa?
- Miten kehittäisit ikääntyneille suunnattuja päihdepalveluita ja päihdepalvelujärjestelmää?
- Miten varaudutaan siihen, että todennäköisesti ikääntyneiden päihdeongelmat lisääntyvät lähivuosien aikana?

## Liite 5. Kotihoidon palvelujen kriteerit

### 1. Kriteerien tarkoitus

119

Kotihoidon kriteerien tarkoitus on selkiyttää palvelujen kohdentamista kotihoitoa tarvitseville aikuisille tamperelaisille. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu asuinalueesta riippumatta. Kriteerien avulla kohdennetaan kotihoidon palveluja henkilöille, jotka alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymisessä. Valtuustokauden tavoitteena kotihoidon keskiössä ovat yli 85-vuotiaat. Laitoksista kotiutuvat kaupunkilaiset joutuvat odottamaan kotihoidon palveluja eli 'jonottamaan kotiin'.

### 2. Hoidon kriteerit

Kotihoitoon voidaan ottaa asiakas,

- jonka toimintakyky on selkeästi alentunut. Asiakas tarvitsee apua päivittäisissä perustoiminnoissa, joita ovat ruokailut, peseytyminen, wc-käynnit, pukeutuminen ja muu perushoito sekä lääkehoidon toteutus.
- joka tarvitsee sairauksiensa tai alentuneen toimintakykynsä vuoksi sairaanhoitoa eikä kykene käyttämään kodin ulkopuolisia terveyspalveluita.
- joka on omaistensa hoidossa. Omaiset tarvitsevat tekemänsä hoitotyön ja oman jaksamisensa tueksi kotihoitoa. Kotihoito voi ohjata asiakkaan vaihtoehtoisin toimintoihin kuten päivätoimintaan ja erityisesti päiväkeskukseen.
- joka on ollut sairaalahoidossa ja jonka kotona selviytymisen edellytykset on selvitetty hoitoneuvottelussa ennen kotiutumista.
- joka on kotisairaalan potilas, jonka hoito kotona järjestetään yhteistyössä kotihoidon kanssa. Asiakkaan sairaanhoidollinen hoitovastuu on kotisairaalalla.

### 3. Hyvä kotihoito toteutuu, jos...

- asiakas ja häntä edustava henkilö sekä kotihoidon työntekijät sopivat noudattavansa yhdessä laadittua palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.
- asiakkaan asuinolosuhteet vastaavat hänen tarpeitaan ja tukevat kotona selviytymistä sekä asiakas haluaa asua kotona edelleen.
- asiakas käyttää hoidon kannalta olennaisia apuvälineitä kuten sairaalasänky, nostolaitteet jne. Apuvälineiden käytöllä taataan asiakkaan ja kotihoidon työntekijöiden työturvallisuus hoitotilanteissa.

Lisäksi tarvittaessa selvitetään asiakkaan mahdollisuudet hankkia täydentäviä omarahoitteisia lisäpalveluita, jos hoitoneuvottelussa tai palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa todetaan yhdessä niiden tarve tai varmistetaan asiakkaan halukkuus ostaa lisäpalveluita.

#### 4. Kotihoidon palveluja voidaan harkita lopetettavaksi, jos...

- asiakas ei halua tai toistuvasti ei ota vastaan palvelua.
- asiakkaan aggressiivista käyttäytymistä ei saada hallintaan tai jos hän ei suostu yhteistyöhön vaikka ymmärtäisi yhteistyön merkityksen oman hoitonsa kannalta.
- kotihoidon työntekijöiden koskemattomuutta ei voida turvata. Tarvittaessa käynneille mukaan otetaan turvamies.

Kotihoidon lopettaminen on äärimmäinen toimenpide. Palvelujen lopettamisesta on tehtävä aina päätös, josta asiakas voi halutessaan tehdä oikaisuvaatimuksen lautakunnalle. Ennen palvelujen lopettamista asiakasta tai hänen laillista edustajaansa on kuultava. Palvelut lopetettaessa asiakkaan hoito varmistetaan jollakin muulla tavalla.

## Liite 6. Päihdepalvelujärjestelmä (Päihdepalveluiden laatusuositukset 2002, 28)

### **KUNNAN PÄIHDESTRATEGIA**

- Sisältää ehkäisevän päihdetyön
- Määrittelee kuinka päihdepalvelut kunnassa järjestetään
- Antaa kuntalaisille tietoa mm. siitä, mistä päihteiden käyttäjä voi hakea apua

### **SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT AVOHOITO**

- Terveyskeskukset
- Sosiaalitoimistot
- Mielenterveystoimistot
- Työterveyshuolto
- Oppilaspalvelu

### **PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN AVOHOITO**

- A-klinikat
- Nuorisoasemat ja päihdepysäkit
- Terveysneuvontapisteet (voidaan sijoittaa myös yleisiin palveluihin)
- Päiväkeskukset

### **SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YLEISET PALVELUT - LAITOSHOITO (ympäri vuorokautinen hoito)**

- Sairaaloiden vuodeosastot
- Psykiatrinen sairaalahoido
- Asumispalvelut

### **PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUIDEN LAITOSHOITO (ympäri vuorokautinen hoito)**

- Kuntoutuslaitokset
- Katkaisuhoidoasemat
- Asumispalvelut



## Liite 7. Tampereen kaupungin päihdepalvelujärjestelmä

